


KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Satu Saukkonen
Kati Tyni

KROONISET HAAVAT
Haavanhoitokoulutus palvelukoti Kurjenpolven henkilökunnalle

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2018

 Karelia AMMATTIKORKEAKOULU	OPINNÄYTETYÖ Maaliskuu 2018 Sairaanhoitajakoulutus Tikkarinne 9 80200 JOENSUU p. +358 13 260 600
Tekijät Satu Saukkonen, Kati Tyni	
Nimeke Krooniset haavat – Haavanhoitokoulutus palvelukoti Kurjenpolven henkilökunnalle Toimeksiantaja Honkalampi-säätiö	
Tiivistelmä <p>Väestön ikääntyessä ja diabeteksen ja ylipainon yleistyessä krooniset haavat yleistyvät. Haavat aiheuttavat kärsimystä ja kustannuksia potilaalle ja yhteiskunnalle. Tyypillisimmät krooniset haavat ovat laskimoperäinen alaraajahaava, painehaava ja diabeettinen jalkahaava. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tehtävä oli Honkalampi-säätiön toimeksiantosta pitää palvelukoti Kurjenpolven henkilökunnalle tutkimusnäyttöön perustuva haavanhoitokoulutustilaisuus. Koulutuksessa käytiin läpi akuutin ja kroonisen haavan paranemisprosessi, yleisimmät krooniset haavatyypit, VPKM- väriluokitus, haavanhoitoprosessi, haavakivun hoito, hoidon dokumentointi ja vaikuttavuuden arviointi, sekä haavapotilaan ravitsemuksen keskeiset asiat. Koulutustilaisuudessa käsiteltiin myös kroonisten haavojen ennaltaehkäisyä ja uusiutumisen ehkäisyä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä Kurjenpolven palvelukodin hoitohenkilökunnan yleisimpien kroonisten haavojen haavanhoidon ammattiosaamista.</p> <p>Kohderyhmän haavanhoidon osaamistarpeita kartoitettiin tietoperustan pohjalta laaditulla kyselyllä. Kolme tuntia kestänyt koulutus pidettiin 15.12.2017 Palvelukoti Kurjenpolven tiloissa. Koulutukseen osallistui kuusi (6) ohjaajaa. PowerPoint-esityksen johdanto-osuudessa käytiin läpi iho ikääntymisen näkökulmasta, haavan paranemisprosessi, sekä tyypilliset krooniset haavat. Hoitotyön osuudessa kroonisten haavojen hoito käytiin läpi VPKM- väriluokituksen mukaan korostaen haavanhoidon prosessiluonnetta. Lopuksi käsiteltiin ravitsemusta ja kirjaamista sekä suppea tuote-esittely. Koulutukseen osallistujille jaettiin tiivistetty kirjallinen versio koulutuksesta. Osallistujilta kerättiin vapaaehtoisesti suullista ja kirjallista palautetta koulutuksesta. Palautteen perusteella koulutus toi uutta ja hyödyllistä tietoa kroonisten alaraajahaavojen hoidosta. Jatkossa henkilökunta voisi hyödyntää painehaavakoulutuksesta, koska painehaavat ovat laaja asiakokonaisuus ja tässä koulutuksessa se käytiin lyhyesti yhtenä kroonisten haavojen osa-alueena.</p>	
Kieli suomi	Sivuja 57 Liitteet 6 Liitesivumäärä 36
Asiasanat haava, alaraajahaava, krooninen haava, painehaava, haavanhoito, ravitsemus, kipu, kivunhoito	



THESIS
February 2018
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
 FI-80200 JOENSUU
 FINLAND
 Tel. +358 13 260 600

Authors

Satu Saukkonen, Kati Tyni

Title

Chronic Wounds – Wound Care Education for Staff of Kurjenpolvi Assisted Living Facility

Commissioned by

Honkalampi Foundation

Abstract

As the population ages and diabetes and overweight become more common, also chronic wounds become common. Wounds cause suffering and costs for the patient and society. The assignment in this practise-based thesis was to organise an evidence-based wound care education session for the staff of Kurjenpolvi Assisted Living Facility. It covered acute and chronic wounds, the healing process, the most common chronic wound types, the VPKM wound colour classification, the wound treatment process, the wound pain management, the documentation of the treatment, the evaluation of effectiveness, and nutrition in wound patients. Also, the prevention of chronic wounds and recurrence prevention were addressed. The aim of the thesis was to increase the wound care competence of Kurjenpolvi Staff in the most common chronic wounds.

Competence needs in wound management among the target group were explored by using a questionnaire based on the knowledge base. The three-hour education was held on 15 December 2017 at the premises of Kurjenpolvi. Six instructors participated in the education. In the introduction section, skin aging, wound healing process and typical chronic wounds were discussed. In the nursing section, the treatment of chronic wounds was examined according to the VPKM colour classification and the healing process was emphasised. Lastly, nutrition and documentation were discussed and there was a brief product presentation. A written version of the education was handed out to the participants. Voluntary feedback was collected from the participants. In the future, the staff could benefit from pressure sore education since it was only briefly addressed as one of the chronic wounds in this education.

Language
 Finnish

Pages 57
 Appendices 6
 Pages of Appendices 36

Keywords

wound, lower limb wound, chronic wound, pressure sore, wound care, nutrition, pain, pain management

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	6
2	Iho	7
3	Haava	8
4	Haavan paranemisprosessi	9
4.1	Haavan paranemisen vaiheet	9
4.2	Haavan paranemisen häiriintyminen	11
5	Kroonisia haavatyyppejä	13
5.1	Laskimoperäiset alaraajahaavat	13
5.2	Valtimoperäiset alaraajahaavat	15
5.3	Diabeettinen jalkahaava	17
5.4	Painehaava	19
5.5	Harvinaiset krooniset haavat	20
6	Kipu haavanhoidossa	22
6.1	Haavakipu	22
6.2	Kivunhoito	24
7	Haavanhoitotuotteet	25
7.1	Haavanhoitotuotteiden jaottelu	25
7.2	Haavanhoitotuotteiden valinta VPKM- väriluokituksen mukaan	26
8	Hoitajan toteuttama haavan paikallishoitoprosessi	27
8.1	Haavanhoidon valmistelut ja sidosten poistaminen	27
8.2	Haavan puhdistus ja puudutus	29
8.3	Haavaympäristön hoito ja sidosten laittaminen	31
8.4	Potilaan ohjaus ja haavojen uusiutumisen ehkäisy	32
8.5	Infektion merkit	33
9	Haavanhoidon kirjaaminen ja dokumentointi	34
10	Haavapotilaan ravitsemushoito	36
11	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä	37
12	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat	38
12.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	38
12.2	Kohderyhmä ja koulutuksen sisällön alkukartoitus	39
12.3	Koulutustilaisuuden suunnitelma	41
12.4	Koulutustilaisuuden pedagogisuus	42
12.5	Koulutuksen toteutus	45
13	Pohdinta	47
13.1	Luotettavuus ja eettisyys	47
13.2	Tarkastelu ja arviointi	51
13.3	Ammatillinen kasvu	54
13.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehittämisideat	56
	Lähteet	58

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Painehaava helpperi
Liite 3	Avoimen haavan VPKM-väriluokitus helpperi
Liite 4	Haavanhoitokoulutuksen alkukartoituskysely
Liite 5	Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat
Liite 6	Palautekysely

1 Johdanto

Väestön ikääntyessä ja ylipainoisten sekä diabetesta sairastavien määrän lisääntyessä krooniset haavat yleistyvät. Kaikkiin haavoihin liittyy yksilön näkökulmasta kipua, jonkinasteista toimintavajasta, esteettistä haittaa sekä psykososiaalisia ja taloudellisia ongelmia. Pienikin alaraajahaava voi estää normaalin kävelyn, haava aiheuttaa kantajalleen masennusta ja ahdistusta, ja kroonisen haavan hoito tuo potilaalle kustannuksia. Yhteiskunnan kannalta krooniset haavat lisäävät hoitokustannuksia ja sitovat terveydenhuollon henkilöresursseja. Yleisimmät krooniset haavat ovat laskimoperäiset säärihaavat, painehaavat ja diabeetikon jalkahaavat. Tällä hetkellä haavojen hoito on hajautunutta, koska haavojen taustasyyt ovat hyvin erilaisia. Tästä syystä hoitoketjut eivät toimi sujuvasti, ja tehoton organisaatio vie terveydenhuollon resursseja. (Juutilainen 2013a, 12–14.) Esimerkiksi jo painehaavojen vuosittaiset kustannukset ovat noin 420 milj. euroa, mikä tarkoittaa 2–% perusterveydenhuollon kustannuksista. (Ahtiala, Hynninen, Iivanainen, Kinnunen, Seppänen & Tervo-Heikkinen 2015, 5). Kansainvälisten tutkimusten mukaan 1–15% teollistuneiden maiden asukkaista saa jossakin vaiheessa elämää vaikeasti parantuvan haavan. (Kielo, Salminen & Stolt 2017, 36).

Hyvä hoito-organisaatio ja koulutettu henkilöstö voisivat parantaa haavanhoidon laatua ja kustannustehokkuutta enemmän kuin haavanhoidon tueksi markkinoit uudet tekniikat ja laitteet. Haavanhoidon osaaminen edellyttää monen erikoisalan osaamista, mutta tällä hetkellä hoitoalan peruskoulutus tarjoaa niukasti ammatillisia valmiuksia tähän työhön. Haavanhoitotyö on suhteellisen itsenäistä työtä, ja siinä keskeistä on moniammatillinen yhteistyö. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien opinto-ohjelmiin ei kuulu varsinaisesti haavanhoitoa, mutta aseptiikan, kivunhoidon ja potilaiden kohtaamisesta haavanhoitoon voi hyvin soveltaa. (Hietanen & Juutilainen 2013a, 390–391.) Valmistuvien sairaanhoitajien ja jalkaterapeuttien haavanhoidon osaamista käsittelevän tutkimuksen mukaan opiskelijat kokivat, että koulutuksessa haavanhoidon opetusta on liian vähän. Käytännön opetus haavanhoidosta harjoittelujen aikana oli myös vaihtelevaa. Opiskelijat oli-

vat tyytymättömiä koulutuksensa haavanhoidon opetukseen, jonka koettiin olevan jopa olematonta. Tutkimuksen mukaan tulosten haavanhoito-opetusta ja käytännön harjoittelua perusopetuksen aikana tulisi lisätä. (Kielo ym. 2017, 36.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä Kurjenpolven palvelukodin hoitohenkilökunnan yleisimpien kroonisten haavojen haavanhoidon ammattiosaamista. Opinnäytetyön tehtävä on Honkalampi-säätiön toimeksiannosta (liite 1) pitää tutkimusnäyttöön perustuva haavanhoitokoulutustilaisuus, jossa käydään läpi akuutin ja kroonisen haavan paranemisprosessi, yleisimmät krooniset haavatyypit ja niiden tunnistaminen, haavanhoito prosessina, haavakivun hoito sekä hoidon dokumentointi ja vaikuttavuuden arviointi sekä haavapotilaan ravitsemuksen keskeiset asiat. Koulutustilaisuudessa käsitellään myös kroonisten haavojen ennaltaehkäisyä ja uusiutumisen ehkäisyä. Koulutustilaisuus pidettiin Kurjenpolven palvelukodissa 15.12.2017.

2 Iho

Iho on ihmisen laajin elin, ja sen koko aikuisella on $1,5\text{--}2\text{m}^2$. Iho jakaantuu kahteen kerrokseen, joista ulompi on epidermis eli orvaskesi. Epidermoksen paksuus on $0,05\text{--}0,06\text{ mm}$. Epidermis on vesitiivis, ja se toimii fyysisenä rajana kehon ja ulkomaailman välillä. Alempi dermis eli verinahka on paksuudeltaan $0,5\text{--}1,5\text{ mm}$. Verinahka sisältää ihon apuelimet, kuten hiki- ja talirauhaset, sekä runsaasti verisuonia. Se toimii myös kehon suojana, ja osallistuu kehon lämmönsäätelyyn. Verinahka takaa ihon joustavuuden ja kestävyys, sekä tuo ravintoa ja happea myös orvaskedelle. Kerrosten välissä oleva tyvikalvo basaalimembraani kiinnittää kerrokset toisiinsa. Epidermis ja dermis sisältävät useampia kerroksia. Verinahan alla oleva subcutis, eli ihonalaiskudos, on pääasiassa rasvasoluja, sidekudossäikeitä ja verisuonia. Sen pääasialliset tehtävät on suojata elimistöä iskuilta, olla siteenä ihon ja muiden kudosten välillä, eristää lämpöä ja toimia rasvavarastona. Epidermis suojaa ihoa säteilyltä, mutta oikeassa suhteessa saatu auringonvalo on tärkeää D-vitamiinin muodostuksen kannalta. Hydrokolesteroli

muuttuu aktiiviseen muotoon ja kulkeutuu dehydrokolesterolina maksaan ja munuaisiin, joissa D-vitamiinin muodostuminen tapahtuu. (Lagus 2013, 16–17.)

Ihmisen ikääntyessä monet ihon toiminnot heikkenevät. Haavat paranevat hitaammin, hien ja talin erityys vähenee, tuntoaistimus heikkenee ja D-vitamiinin tuotto heikkenee. Ihon rakenteet atrofoituvat (rappeutuvat), mikä näkyy ihon kerrosten ohenemisena. Geeniperimän lisäksi auringon UV-säteily lisää sidekudoksen hajoamista aiheuttaen ihon rypistymistä. Tupakoinnin vaikutuksesta kollageenin muodostus vähenee ja sen hajoaminen kiihtyy, josta seurauksena on ihon ennenaikainen rypistyminen ja haavojen paranemisen hidastuminen. (Oikarinen 2013, 1001.) Solutasolla ikääntyminen näkyy kroonisina tulehdusreaktioina ja kollageenin ja elastiinisäikeiden epäjärjestyksenä ja rappeutumisena. Ihon kuntoon ja haavojen paranemiseen vaikuttaa myös yleinen terveydentila, lääkitykset ja ravitseminen. (Lagus 2013, 25.)

3 Haava

Haava on väkivallan aiheuttama ihon tai sen alaisten kudosten vaurio, kudospuutos tai kudosten irtaantuminen toisistaan. Haava voi olla myös sairauden aiheuttama ihon tai limakalvon puutos tai nekroosin irtoamisesta seurannut haavauma tai haava. Kudosvaurio voi ulottua ihon alaiseen rasvakudokseen, lihakseen, luuhun, hermo- ja verisuonirakenteisiin sekä sisäelimiin. Vulnus eli akuutti haava syntyy ulkoisesta vaikutuksesta, jonka mekaaninen voima voi olla kitka, hankaus, terävä leikkaava mekanismi, kudoksia ruhjova tai repivä tylppä voima tai venyttävä voima. Haavan aiheuttaja on usein äkillinen, ja usean erilaisen mekaanisen voiman aiheuttama. Muita akuutin haavan aiheuttajia ovat palovammat, paleltumavammat, kemikaalien aiheuttamat vauriot ja säteilyvauriot. Akuutit haavat luokitellaan likaisiin ja puhtaisiin haavoihin. Likainen haava voi olla esimerkiksi puremahaava tai vieraasta materiaalista likaantunut haava. Tyypillinen puhdas haava on leikkaushaava. Haavoille on kehitetty vertailun, hoidon ja dokumentoinnin helpottamiseksi erilaisia lääketieteellisiä luokituksia. (Hietanen & Juutilainen 2013b, 26.)

Neljä viikkoa auki ollut haava määritellään krooniseksi, mutta iskeemisen (veren ja hapen puutteesta kärsivä kudoks) ja diabeetikon kohdalla kaksi viikkoa auki ollut haava käsitetään krooniseksi haavaksi (Ahmajärvi & Isoherranen 2017, 152). Ulkusen eli kroonisen haavan ilmaantumiseen tai huonoon paranemiseen liittyy ulkoisen tekijän lisäksi jokin sisäinen sairaustekijä. Tyypillinen esimerkki on diabetes ja jalkoihin kohdistuva kitka, joka aiheuttaa jalkaterään haavan. Kroonisiksi haavoiksi luokitellaan painehaavat ja diabeetikon neuropaattiset (ääreishermoston toiminnan häiriö) jalkahaavat, koska tiedetään, että niiden sisäiset ja ulkoiset syntytekijät sekä paranemisprosessi ovat samankaltaisia kuin kroonisen haavan biologinen paranemisprosessi. Kroonisen haavan paranemisaikaa on vaikea arvioida, ja sille on tyypillistä uusiutuminen aikaisemmalle haavan kohdalle. On mahdollista, että akuutti haava muuttuu krooniseksi, kun parantavat ja paranemista hidastavat prosessit ovat epätasapainossa. Kroonisten haavojen paranemismahdollisuuksia on myös vaikea arvioida. (Hietanen & Juutilainen 2013b, 26–28.)

4 Haavan paranemisprosessi

4.1 Haavan paranemisen vaiheet

Haavan paraneminen on monivaiheinen tapahtuma, jossa on erotettavissa kolme tai neljä vaihetta. Joissakin määritelmissä alussa tapahtuva verenvuodon tyrehtyttäminen nähdään ensimmäiseksi haavan paranemisen vaiheeksi. Ihon verinahkaan asti ulottuvassa haavassa rikkoontuu ja kuolee soluja. Tämä aiheuttaa paikallisen hälytystilan, jolloin alueen verisuonet suoistuvat, ja verihiutaleista ja fibriiniverkosta muodostuu hyytymätulppa vaurioituneisiin suoniin. Jotta hyytymä ei estäisi liikaa verenkiertoa, samaan aikaan käynnistyy myös hyytymää hajottava prosessi. Varsinaiset kroonisen haavan paranemisvaiheet ovat: inflammatio eli tulehdusvaihe, proliferaatio- eli uudelleenmuodostumisvaihe ja maturaatio- eli kypsymisvaihe. Haavan paranemisen vaiheet ovat riippuvaisia toisistaan ja osin päällekkäisiä, mutta jokainen vaihe on tunnistettavissa haavan paranemisen

aikana. Paranemisprosessin eteneminen riippuu haavan ja sitä ympäröivien kudosten olosuhteista. Traumaattisissa ja kirurgissa haavoissa verisuonten repeämä aiheuttaa verenvuotoa ja verihyytymiä, ja paranemisprosessi pääsee käyntiin. Iskeemisessä haavassa verenkierto on puutteellinen tai puuttuu kokonaan ja siksi paranemisprosessi ei pääse käynnistymään. (Lagus 2013, 29–31.)

Inflammaatio (tulehdusreaktio) ei ole sama asia kuin infektio, vaan se on elimistön normaali tapaa reagoida ärsytykseen tai kudოსvaurioon. Inflammaatio käynnistää haavan varsinaisen paranemisen. Tulehdusreaktio näkyy vaurioalueen punoituksena, kuumotuksena, kipuna ja toimintakyvyn häiriintymisenä, mikä johtuu pääosin kudoshormoneista. Tulehdusreaktio alkaa jo muutamassa minuutissa ja on voimakkaimmillaan 1–3 vuorokautta vaurion syntymisestä. Valkosolut siistivät fagosytoosin avulla vaurioalueen, eli nielevät kuollutta kudosta ja tappavat alueelle tunkeutuneita mikrobeja. Jos haava ei ole infektoitunut, reaktio rauhoittuu muutamassa päivässä. (Lagus 2013, 31.) Kroonisen haavanhoidon näkökulmasta inflammaatiovaiheessa on tärkeää pitää haavan lämpötila tasaisena. Haavaa hoitaessa käytetään lämpimiä nesteitä, eikä haavaa jätetä pitkäksi aikaa auki. Inflammaation aikana korostuu myös kivun hoito, koska tulehdusvaihe aiheuttaa kipua jo itsessään. (Niskanen & Palkamo 2012, 22.)

Inflammaation täytyy rauhoittua, jotta proliferaatio/fibroplasia eli korjausvaihe voi käynnistyä. Jos haavassa on vierasta ainesta, tulehdusreaktio voi kroonistua estäen haavan parantumisen. Haavan korjausvaiheen alussa kudospuutosalue on täyttynyt verihyytymästä ja väliaikaisella soluväliaineella. Vähitellen verisuonet kollageenisäikeet kasvavat ja haava peittyy epiteelisolukolla. Uudisverisuonet muodostuvat verisuoni-iduista ja silmukoista vanhan suonen seinämän tyvikalvosta. Uudisverisuonet ovat paranemisen kannalta välttämättömiä, koska ne tuovat alueelle happea ja ravinteita. Hyytymän varhainen soluväliaine korvautuu granulatiokudoksella, joka on ulkonäöltään punaista ja jyvämäistä. Korjaamisvaiheen edetessä fibroplastit (sidekudossolut) tuottavat kollageenin (tukikudosproteiini) esiastetta. Kollageenin esiasteen muodostamien kollageenisäikeiden lujuuteen vaikuttavat ravintoaineet, kuten C-vitamiini. Haavan paranemisen alkuvaiheessa tuotetaan löyhempää kollageenia, joka korvautuu vähitellen lujemmalla kollageenilla. (Lagus 2013, 33–34,37.) Proliferaation aikana haavan pohja

pidetään kosteana ja puhdistetaan haavaeritteestä ja kuolleesta kudoksesta. Sidoksilla pyritään estämään kontaminoituminen. (Niskanen & Palkamo 2012, 22.)

Kollageeni III:n korvautuminen vahvemmallalla I-kollageenilla jatkuu vielä haavan muokkausvaiheessa. Muokkausvaiheen aikana kudoksen vetolujuus kasvaa, punoitus vähenee, ja lopputuloksena on kypsä arpikudos. Haavan vetolujuus kasvaa maturaation aikana, ja kolmen kuukauden kuluttua vammasta se saavuttaa maksimin, eli 70–80 % alkuperäislujuudesta. Arven eri kohdat voivat kypsyä eri tahtiin, ja maturaatio voi kestää jopa 14 kuukautta. (Lagus 2013, 37.) Pitkittynyt inflammaatio ja proliferaatio lisäävä arpiongelmien riskiä. Arpihoidot suunnitellaan yksilöllisesti arven haitan, oireen ja kypsymistilanteen mukaan. (Lagus & Ask 2013, 369.) Kroonisten haavojen hoidon näkökulmasta on hyvä muistaa, että haavan uusiutuminen on riski erityisesti silloin, jos haavan syntyyn vaikuttaviin tekijöihin ei voida puuttua (Vikatmaa 2013, 276). Kypsymisvaiheessa haava ei tarvitse suojaksi sidosta, mutta ihon voi suojata hankaukselta ja ärsytykseltä. Arpikudoksen liikakasvua voidaan pyrkiä estämään kompressiolla tai arpisidoksella. (Niskanen & Palkamo 2012, 22.)

4.2 Haavan paranemisen häiriintyminen

Akuutin ja kroonisen haavan paraneminen sisältävät samat biologiset tapahtumat haavassa ja sitä ympäröivässä kudoksessa. Haavan paranemiseen kuluva aika vaihtelee haavan koosta, paikasta, potilaan iästä ja sairauksista riippuen muutamasta päivästä kuukausiin. Jotkut haavat eivät parane koskaan ilman aktiivisia hoitotoimenpiteitä. Krooniselle haavalle on tyypillistä pitkittynyt inflammaatio, jolloin tulehdusta hillitsevät mekanismit ovat heikentyneet. Korostunut tulehdusreaktio estää korjaavan vaiheen käynnistymistä. Proliferaatio eli korjausvaihe viivästyy tai on heikko kroonisessa haavassa, ja mikrobiympäristö on epätasapainossa. Matriskia (verisolujen välinen aine) hajottavat entsyymit toimivat yliaktiivisesti hajottaen tärkeitä rakennusaineita ja kasvutekijöitä. Tästä syystä epiteeli kasvaa hitaasti tai ei ollenkaan. Häiriintynyt epitelisaatio voi johtua myös solujen liikuntakyvyn häiriintymisestä, tai solujen alla olevan soluväliaineen ominaisuuksista.

sista. Haavan taustalla olevat patofysiologiset syyt, esimerkiksi infektio tai systeemisairaus, voivat hidastaa uudisverisuonien syntymistä, granulaatiokudoksen muodostumista ja soluväliaineen muodostumista. Jos kroonisen haavan paraneminen etenee haavan paranemisprosessin kaikkien vaiheiden läpi, se voi parantua pysyvästi, kun taustasyyt on myös hoidettu. (Lagus 2013, 30, 52.)

Haavan paranemista hidastavat tekijät voidaan luokitella haavasta johtuviin, potilaaseen liittyviin ja hoitohenkilökuntaan liittyviin syihin. Haavaan liittyviä paranemista hidastavia syitä on useita. Kroonisissa haavoissa on aina mikrobikasvustoa, vaikka akuuttia infektiota ei olisikaan. Tällöin puhutaan kolonisaatiosta. Mitä laajempi kirjo bakteereita haavalla on, sitä hitaammin se paranee. Asentovirheet ja neuropatia (ääreishermoston toimintahäiriö) altistavat jalan alttiiksi paineelle, ja paine, joka itsessään aiheuttaa haavoja, hidastaa paranemista. Hypoksia (kudosten hapen niukkuus) häiritsee kollageenisynteesiä ja muita paranemisen vaiheita. Vajaaravitsemus on yleisin potilaaseen liittyvä haavan paranemista heikentävä syy. On muistettava, että ylipainoinenkin voi olla vajaaravittu. Hiilihydraatteja tarvitaan fibrinosyyttien liikkumiseen haava-alueella, ja proteiineja fibroplastien ja kollageenin muodostumiseen. Tupakointi hidastaa haavan paranemista useilla eri mekanismeilla, ja lisää elimistön infektioherkkyyttä. Alaraajaturvotus ja tietyt lääkeaineet, kuten metotrexaatti, aiheuttavat itsessään kudoksissa haavoille altistavia muutoksia. Systeemisairaudet, kuten diabetes ja maksan ja munuaisten sairaudet heikentävät aineenvaihduntaa, ja lisänsä tähän tuo ikääntymisen vaikutukset. Psykososiaaliset syyt, kuten köyhyys, masennus ja muistisairaudet vähentävät hoitoon sitoutumista, koska haavanhoitotuotteet ovat usein kalliita ja matka terveyskeskuksiin voi olla pitkä. Hoitohenkilökunnan osuus haavan paranemisen hidastumisessa tulee esiin silloin, kun haavanhoitosuunnitelma ei ole asianmukainen. Myös liian monimutkaiset hoidot estävät hoidon hyvää toteutumista. (Laine 2017, 10–1.)

5 Kroonisia haavatyyppejä

5.1 Laskimoperäiset alaraajahaavat

Laskimoperäinen alaraajahaava on yleisin verisuoniperäinen krooninen haava. Se sijaitsee tyypillisesti säären tai nilkan vena saphena magnan (nilkan suuri laskimo) alueella, missä laskimopaine on suurin. Haava on yleensä matala, kosteapohjainen ja runsaasti erittävä. (Käypä hoito 2017a.) Haavoja voi olla useampia ja niissä oleva kudosis on usein keltaista fibrinikatetta. Haavan reunat ovat epäsäännölliset ja soikeat, ja haavaa ympäröivä iho ruskea tai punaruskea, mikä johtuu hemosideriinin kertymisestä laskimoverenpainetaudin vuoksi. Sääressä on nähtävissä suonikohjuja, usein kuivaa ja hilseilevää ihottumaa, sekä selkeästi havaittavaa turvotusta. Laskimon vajaatoimintaa potevan raaja on lämmin ja siinä on kipua, joka helpottuu kohoasennossa. (Vikatmaa 2013, 266–267.) Laskimoperäinen säärihaava on potilaalla usein vuosia, jopa vuosikymmeniä kestävä vaiva, mutta harvoin joudutaan turvautumaan amputaatioon. Pitkäaikaisen haavan ihomuutokset ovat pysyviä ja haavat itsessään aiheuttavat työkyvyttömyyttä ja invaliditeettia. Kaikilla säärihaavapotilailla on oikeus haavadiagnoosiin ja haavan etiologisen syyn korjaamiseen. (Vikatmaa 2012, 7.)

Laskimoperäisen säärihaavan taustasy on usein pinnallisen laskimon vajaatoiminta. Vain harvoin aiheuttaja on laskimotukos tai ahtauma. Laskimon vajaatoiminta tarkoittaa sitä, että raajan ollessa alaspäin vialliset laskimoläpät sallivat veren takaisinvirtauksen alaspäin. Samanaikaisesti raajan pohjelihaspumpussa on myös vajaatoimintaa, ja verta pakkautuu rajaan. Kun liikkuminen vähenee ikääntymisen tai muiden syiden vuoksi, alaraajan laskimopaluu huononee, vaikka laskimoissa ei olisi itsessään vikaa. Mitä enemmän takaisinvirtausta ilmenee raajan laskimoissa, sitä todennäköisemmin haava kehittyy. Laskimoperäisen haavan syntyminen on prosessi, jossa paine laskimoissa aiheuttaa toimintahäiriöitä, tulehdusreaktioita ja laskimoveren vuotamista kudosten välitilaan aiheuttaen lopulta säärihaavan. Laskimoperäisen säärihaavan syntymistä edesauttaa osaltaan jalkaterän virheasennot ja sydämen oikean puolen vajaatoiminta, ylipaino ja keuhkojen perfuusiopaineen (läpivirtauspaine) nousu. (Vikatmaa 2012, 6.)

Laskimoverenkiertoa selvittävässä tutkimuksessa selvitetään laskimovian syy, taso, laajuus ja luonne CEAP-luokituksen avulla. CEAP-luokitus on kroonisten laskimovikojen kansainvälinen luokitusjärjestelmä, jonka avulla kaikille potilaille voidaan vertailukelpoisesti määritellä kliininen tila. Seulonnassa käytetään käsi-dopplertutkimusta tai komplisoituneessa tilanteessa Triplex-tutkimusta. Käsi-dopplertutkimuksessa tutkittava potilas seisoo alustalla tai riiputtaa tutkittavaa jalkaa. Käsidopplerin ultraäänianturin avulla kuullaan laskimon takaisinvirtauksesta kuuluvia ääniä ja niiden perusteella varmistetaan löydökset. Triplex-laitteella tehdään standarditutkimus, joka on laskimon vajaatoiminnan tutkimusten kulmakivi. Pohkeen ympärille laitetaan mansetti, jonka täyttämisen ja tyhjentämisen avulla saadaan tutkimuksessa tarvittava laskimoveren liike. Tulosten perusteella tehdään päätökset jatkotutkimuksista ja toimenpiteistä. (Vikatmaa 2013, 272–274.)

Laskimoperäisen säärihaavan hoidon tavoitteena on haavan umpeutuminen ja sen uusiutumisen ehkäisy puuttamalla haavan syyhyn ja sitä ylläpitäviin prosesseihin. Laskimoperäisen haavan kohdalla tämä tarkoittaa konservatiivisen ja operatiivisen hoitolinjan käyttöä usein samanaikaisesti. Tavallisin kirurginen hoito on pinalaskimoiden poisto, mikä vähentää haavojen uusiutumisen riskiä. Pinalaskimoiden kirurginen poisto on vähenemässä, koska suonien voidaan tukkia laserillä, radiotaajuushoidolla, liimalla ja vaahtokovetushoidolla. Alustavat tutkimukset ovat osoittaneet, että ultraääniohjattu laserhoito tehoaa vähintäänkin yhtä hyvin kuin kirurginen laskimoiden poisto. (Vikatmaa 2012, 9.)

Konservatiivisena hoitona käytetään haavan paikallishoitoa ja turvotuksen estävää kompressiohoitoa. Turvotuksen poistamiseen raajasta toteutetaan tukisidoksella tai lääkinällisen hoitosukan avulla. Hoidolla ehkäistään infektoitumista ja hillitään erittämistä, mikä parantaa elämänlaatua. Kompression tarkoitus on parantaa laskimoveren virtausta sydäntä kohti parantamalla pohkeen lihaspumpun toimintaa. Vähäelastinen sidos soveltuu liikuntakykyiselle potilaalle ja se voi olla paikoillaan useita päiviä. Levossa sidoksen aiheuttama paine on alhainen ja se antaa kohtalaisen voimakkaan tuen sääreen. Sidontatapa tulee olla säären anatomian mukainen. Potilas sitoutetaan hoitoon sopimalla hoitokäytännöt yhdessä. (Käypä Hoito 2017b.) Vaikka päävastuu kroonisen haavan hoidosta on lääkäriillä,

käytännön hoitotyötä ja päätöksiä haavanhoidon etenemisestä tekevät kotihoi-
dossa ja osastoilla eri ammattiryhmät. Toisinaan myös potilas ja hänen omai-
sensa osallistuvat haavanhoitoon. (Iivanainen, Hietanen & Kuokkanen 2011, 36.)

5.2 Valtimoperäiset alaraajahaavat

Alaraajoja tukkiva valtimotauti ASO (alaraajojen valtimokovettumatauti) on yksi ateroskleroosin ilmentymä ja kroonisen alaraajan hapenpuutteen eli iskemian syy. ASO:n muita ilmentymiä ovat sepelvaltimo- ja aivovaltimotauti. Kaikkiin näihin liittyy kohonnut sydän- ja aivoinfarktiriski. Valtimoa ahtauttavat riskitekijät ovat tupakointi, diabetes, veren kohonneet rasva-arvot, perinnölliset tekijät ja ikääntyminen. Diabeetikolla ASO-tauti on yleisempää kuin väestöllä keskimäärin, ja se alkaa nuorempana edeten nopeammin ja laajemmalle. Diabeetikon ASO-tauti paikallistuu tyypillisesti jalkaterän ja säären alueelle. Katkokävely on yleistyneen valtimotaudin ensimmäisiä oireita ja itsessään vielä vaaraton, mutta lepopipu, parantumaton haava tai kuolio ovat merkkejä edenneestä valtimotaudista ja raajan menettämisen uhasta. (Vikatmaa 2013, 276–278.)

Haava tai kuolio syntyy usein pienestä vammasta, kuten kengän aiheuttamasta painaumasta tai hankauksesta. On tavallista, että henkilö ei huomaa vammaa ennen kuin kudostuho on päässyt jo syntymään. Valtimoperäisen alaraajahaavan tyypillinen sijainti on jalkaterän ja varpaiden alueella, mutta sijainti voi olla ylemmänäkin. Valtimoperäisen alaraajahaavan tunnistaa siitä, että se on kuivapohjainen ja kalpea, ja siinä on tumma nekroottinen kate. Haavan ympärys punoittaa, ympäröivä iho on ohut ja atrofinen (surkastunut) ja raajan lihakset ovat atrofiset. Verenkierron riittämättömyyden vuoksi ihokarvoitus puuttuu. Valtimoperäiset alaraajahaavat ovat kivuliaita, ja kriittisen iskemian oire on yöllä ilmenevä jalkaterään ja varpaisiin painottuva leposärky. Kipua helpottaa jalkojen riiputtaminen tai kävely. Diabeetikolla kipua saattaa puuttua neuropatian vuoksi, ja jalka tuntua lämpimältä ihonalaisen oikovirtauksen vuoksi. (Käypä Hoito, 2017a.)

Haavan hoito on aloitettava heti sen ilmaannuttua, koska hoidon viivästyminen heikentää paranemisen todennäköisyyttä. Valtimoverenkierron riittävyys on arvioitava, kun kroonista alaraajahaavaa sairastava potilas tulee alkututkimukseen. Perustutkimuksiin kuuluu huolellinen anamneesi (esitietojen kerääminen) ja kliininen tutkimus. Alkututkimukseen on varattava riittävästi aikaa. Esitietoihin kirjataan perussairaudet, painoindeksi, tupakointi ja muut altistavat tekijät, haavan synty ja kesto, tulehdukset ja allergiat ja ulkomaanmatkat parasiitti-infektion huomioimiseksi. Kliinisessä tutkimuksessa tarkastetaan haavan koko, muutokset, syvyys ja ulkonäkö sekä ympäröivän ihon muutokset. Infektion merkit, kuten kipu, kuumetus, punoitus, haju ja yleisinfektion oireet on syytä selvittää. Valtimoverenkierron riittävyys ja mahdollinen laskimon vajaatoiminta ovat syytä ottaa huomioon, koska haavalla voi olla useita samanaikaisia aiheuttajia. Sykepalpatio on perustutkimus, jossa sykkeet tunnustellaan nivusista, polvitaiteista ja nilkoista. Nilkka-olkavarsipainesuhde eli ABI:n korkea luku $<0,90$ kertoo perifeerisestä valtimotaudista, mutta diabeetikolla jo matalammat luvut antavat aiheen valtimotaudin epäilyyn. (Käypä hoito, 2017a.)

Ainoa parantava hoito valtimoperäisen haavaan on verenkierron palauttaminen. Sekamuotoisen haavan paraneminen voi edellyttää sekä laskimo- että valtimotoimenpiteitä. Kun kyseessä on kriittinen iskemia, jolloin vaarana on raajan osien kuolio, tarvitaan kiireellinen lähete. Jos potilaalla on infektio ja iskemia, tarvitaan päivystyslähete. (Käypä hoito, 2017a.) Kun alaraaja on todettu iskeemiseksi, tehdään mahdollisimman pian angiografia, jonka perusteella verisuonileikkaus tehdään. Leikkaus edellyttää infektion hoidon ja yleisvoinnin kohenemista. Verisuonten korjausleikkauksina tehdään pallolaajennus tai ohitusleikkaus. Verenkierron palauttamisen jälkeen haavapohja voidaan puhdistaa kirurgisen revision avulla, jolloin puudutetusta haavasta poistetaan kaikki kudokset haavapohjaa myöten. Amputaatioon joudutaan turvautumaan, kun infektio on vaikea, kipua ei saada hallintaan tai silloin, kun haavaumat eivät parane hyvästä hoidosta huolimatta. Amputaatio tehdään verenkierron palauttamisen jälkeen, koska parantuakseen haava tarvitsee riittävän verenkierron. (Vikatmaa 2013, 281–283.) Tupakoinnista luopuminen on tärkeää, koska nikotiini supistaa välittömästi verisuonia huonontamalla verenkiertoa. Kudosten hapetusta huonontaa myös hiilimonoksidin sitoutuminen vereen. Verta ohentavaa lääkitystä käytetään leikkauksen jälkeen, koska

se parantaa sydämen verenkiertoa. Raajan menettämisen riskiin sillä ei kuitenkaan ole vaikutusta. (Vikatmaa 2013, 278.)

5.3 Diabeettinen jalkahaava

WHO:n mukaan diabeettinen jalkahaava on jalan infektio sekä sen syvien kudosten vaurioituminen niin, että lisänä on neurologisia muutoksia ja eriasteisia alaraajan verenkiertohäiriöitä. Diabeettinen jalkahaava on diabeteksen lisäsairaus, joka aiheuttaa potilaalle kärsimystä ja kipua. Tällainen haava voi johtaa alaraajan amputaatioon tai hengenvaaralliseen yleisinfektioon. Haava syntyy diabeettisen neuropatian, heikentyneen valtimoverenkierron sekä nivelten ja kudosten jäykistymisen vaikutuksista. Laukaisevana tekijänä on jokin jalkaa vahingoittava vamma, kuten lämpövaurio, kengän hankauma tai jalan kovettuman poistaminen. Ihon rikkoutumista ei huomata, koska kipuaistimus on häiriintynyt neuropatian vuoksi. Kun kudosvaurion hoito viivästyy, alueelle ilmaantuu bakteeritulehdus. Heikentyneen verenkierron vuoksi elimistö ei pysty torjumaan infektiota ja se etenee syvemmälle kudoksiin muodostuen pitkäaikaiseksi haavaumaksi. (Mustajoki 2016.)

Krooninen hypoglykemia (korkea verensokeri) johtaa vuosien kuluessa perifeeriseen neuropatiaan (ääreishermoston vaurio), joka yleensä painottuu alaraajoihin. Tuntohermoston neuropatiasta johtuva suojatunnon puutos on tärkeä yksittäinen jalkahaavan syntytekijä. Motorisesta neuropatiasta johtuen jalan asento muuttuu, ja painekuormitus lisää haavan syntyriskiä. Käsät jalkapohjassa kertovat jalan ylikuormituksesta. Autonominen neuropatia aiheuttaa ihon kuivumista ja halkeilua sekä mikroverenkierron muutoksia. Vaikka pulssin voi tuntea jalassa, saattaa pinnallinen iho kärsiä hapenpuutteesta. Valtimosairaus etenee diabeetikolla keskimääräistä nopeammin ja se painottuu kehon ääreisosiin. Tupakointi, korkea kolesterolin ja verenpaineen kiihdyttävät verisuonten ahtautumista. Huono valtimoverenkierto altistaa pienenkin haavan nopeaan laajenemiseen ja kuolioon. Korkea verensokeri heikentää valkosolujen toimintaa ja elimistön puolustusmekanismeja, ja pieni ihorikko toimii infektioporttina syvempiin kudoksiin. (Sane 2013, 338–341.)

Diabeetikon jalkahaavojen tutkiminen tehdään silmämääräisesti potilaan ollessa makuulla sekä seisten jolloin nähdään jalkojen kuormitus. On huomioitava neuropatian, virheellisen kuormituksen, huonon verenkierron ja infektion merkit. Kuvantamistutkimuksissa tehdään arvio jalan rakenteista. Neurologisissa tutkimuksissa suojatunnon puuttumista arvioidaan monofilamenttisensorilla sekä tehdään motoriikan, värinätunnon ja asentotunnon sekä lihasvoiman arvio. Verenkierron riittävyys selvitetään erikoissairaanhoidossa, koska ABI-mittaus ei ole diabeetikojen kohdalla luotettava. Syvät ja pinnalliset infektiot tulee tunnistaa, koska niiden ennusteet ja hoitolinjaukset poikkeavat toisistaan. Charcot'n jalka on harvinaisen diabeteksen komplikaatio, joka aiheuttaa jalan hankalan virheasennon. Kyseessä on neuropatia, tulehdus ja luun kiihtynyt resorptio (kiinteän aineen imeytyminen verenkiertoon). Riski jalkahaavan syntymiseen on suuri. Akuutti tila hoidetaan konservatiivisesti kuormituskiellolla, kipsauksella ja jatkossa kevenyshoidolla. (Sane 2013, 339–343.)

Diabeettisten jalkahaavojen perusta on riskitekijöiden tunnistaminen ja haavojen ehkäisy. Potilaan ohjaus jalkojen tarkkailuun ja hoitoon on kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten tehtävä. Tämä koskee kaikkia ammattilaisia, jotka ovat tekemisissä diabetespotilaan kanssa. Diabeteksen hyvä hoitotasapaino hidastaa fysiologisten ei toivottujen muutosten syntymistä ja vähentää näin jalkahaavojen ilmaantuvuutta. Diabeettisen jalkahaavan konservatiivinen hoito määräytyy haavatyypistä. Neuropaattisessa haavassa on tarkoitus poistaa rasite, joka ylläpitää haavaa. Iskeemisen haavan parantumisen edellytyksenä on verenkierron palauttaminen riittävälle tasolle. Infektion aiheuttaja määritellään hoidon alkuvaiheessa, ja pinnallisessa infektiossa haavapohja puhdistetaan polikliinisesti. Syvät infektiot tulee hoitaa päivystyksellisesti. Antibioottihoito on oltava riittävän laajakirjoinen ja pitkä. Paikallishoito toteutetaan yhdessä näiden toimenpiteiden kanssa. Paikallishoito sisältää haava-alueen kuormituksen poistamisen, ihon rasvaamisen ja turvotuksen hoidon, oikeanlaiset haavanhoitotuotteet, kasvutekijöiden käyttämisen, jalkineiden ja sukkien huolellisen valinnan. Jalan seurannan tulee olla elinikäistä. Diabeetikojen kohdalla on aina harkittava leikkauksen tarpeellisuus komplikaatoriskin vuoksi. Jos haava on suuri tai syvä, leikkaus on tarpeen. Myös äkilliset infektiot voivat olla aihe leikkaukselle. Amputaation syitä ovat kuolio sekä

niveleen tai luuhun yltävä infektiio. Tarve arvioidaan yksilöllisesti, koska amputaatio on raju muutos sekä henkisesti että fyysisesti. (Juutilainen 2013a, 348–356.)

5.4 Painehaava

Painehaava on ihon tai ihonalaiskudoksen paikallinen vaurio, jonka aiheuttajana on paine, venyntyminen tai hankaus yhdessä tai erikseen. Painehaavat luokitellaan neljään asteeseen ja kahteen lisäluokkaan ihon alla olevien pehmytkudosvaurioiden mukaan. Painehaavan komplikaatioita ovat haavainfektiot ja sepsis, jotka toisinaan aiheuttavat potilaalle kuolemanvaaran. Nämä haavat ovat usein kivuliaita, pitkäkestoisia, lisäävät potilaan sairaalassaoloaikaa ja heikentävät elämänlaatua merkittävästi. (Ahtiala & ym. 2015, 6.) Painehaava kehittyy luisten ulokkeiden alueille, kuten istuinkyhmyt, lonkat, sakraali, kantapää tai kehräsluu. Syntymisen riskitekijöitä ovat liikkumattomuus, ikääntyminen, kosteus, inkontinenssi (virtsan pidätyskyvyttömyys), vajaaravitsemus, anemia ja kehon lämpötilan lasku. (Suomen verisuonikirurginen yhdistys 2017.)

Painehaavan tunnistamisen perustana on ihovaurion arviointi. Arvioinnin tulisi perustua EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel 1998) luokitukseen, jossa paine haavan asteet määräytyvät ihon anatomian perusteella I–IV asteisiin. Ensimmäisen asteen paine haava ilmenee iholla punoituksena, joka ei häviä asentoa muutettaessa. Myös muu ihon värin muutos, turvotus ja kovettuma voi olla merkki paine haavasta. Alkuvaiheessa tumma iho saattaa hankaloittaa vaurion tunnistamista. Toisen asteen haava ulottuu epidermikseen tai dermikseen tai molempiin. Haava on vielä pinnallinen ja saattaa vaikuttaa nirhaumalta, rakkulalta tai pinnalliselta haavalta. Kolmannen asteen paine haava ulottuu ihonalaiseen rasvakudokseen tai lihaskalvoon asti. Haavassa saattaa olla myös nekroosia. Neljännen asteen paine haava on syvä ja ulottuu lihakseen, jännteeseen, niveleen tai luuhun asti. Pinnalla oleva iho voi olla vaurioitunut tai ehjä. (Juutilainen & Hietanen 2013, 308.) Haavanhoitoyhdistys on tehnyt Paine haava helpperin (liite 2), jonka tarkoitus on kuvin ja sanoin helpottaa paine haavojen tunnistusta.

Painehaavariskin tunnistaminen on kudosisvaurion syntymisen ehkäisyn olennaisin asia. Riskipotilaan tunnistamiseksi käytetään standardoitua riskimittaria. Arvio riskistä tulisi tehdä kahdeksan tunnin kuluessa potilaan hoitoon tulemisesta, kotihoiossa ensimmäisellä käynnillä, aina hoitolaitosta vaihdettaessa ja aina potilaan saapuessa esimerkiksi kotilomalta sekä potilaan terveydentilan olennaisesti muuttuessa. Riskikartoituksen osa-alueita ovat liikkumiskyvyn, aktiivisuuden, ihon kunnon, verenkierron ja ravitsemuksen arviointi. Pelkkä riskin kartoitus ei riitä ehkäisemään painehaavan kehittymistä. Potilaille, joilla on painehaavan riski, tulee laatia yksilöllinen hoitosuunnitelma. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa tulisi olla yksikköön soveltuvat ihon arviointikäytännöt ja hoitohenkilökunnalla riittävä ihon kunnon arvioinnin osaaminen. (Ahtiala ym. 2015, 12.)

Keskeiset osa-alueet painehaavojen ehkäisyssä ovat ihon kunnon arviointi ja hoito, inkontinenssin yhteydessä ihon säännöllinen arviointi ja hoito, paineen poistaminen riskialueilta asento- ja hoito- ja apuvälineillä sekä ravitsemustilan arviointi ja hoito. Ihon hoidossa on tärkeää välttää hankaamista ja liiallista kosteutta ja iho tulee pitää puhtaana. Ulosteen pidätyskyvyttömyyden hoidossa kertakäyttöiset hoitovälineet, ihotulehdusten ehkäisy ja hyvä hoito vähentävät painehaavariskiä. Potilaan makuu- ja istuinalustan optimaalinen valinta vähentää hikoilua ja ihon kosteusvauriota. Vuodevaatteiden silkkimäinen pinta vähentää ihoon kohdistuvaa kitkaa. Hankaukselle alttiita alueita voidaan suojata esimerkiksi polyuretaanisidoksilla, mutta niiden käyttö ei vähennä tarvetta ihon säännölliseen arviointiin. Painehaavariskissä olevalle potilaalle tulee tehdä ravitsemussuunnitelma, jonka laatii ravitsemusterapeutti tai moniammatillinen ryhmä. Suunnitelmassa kiinnitetään huomiota riittävään energiansaantiin ja tahattoman painon laskun ehkäisyyn. Energian ja proteiinin saannin tulee olla suhteutettu potilaan sairauteen ja aktiivisuuteen. Riittävä nesteiden saanti on myös osa ravitsemushoitoa. (Ahtiala ym. 2015, 13-14, 16.)

5.5 Harvinaiset krooniset haavat

Kun haava näyttää epätyypilliseltä tai se ei lähde parantumaan asianmukaisesta hoidosta huolimatta, taustasyynä voi olla harvinainen tulehduksellinen sairaus tai

kasvain. Vaskuliitti on verisuoniseinämän tulehdus, jonka seurauksena ihon verisuonen seinämä vaurioituu aiheuttaen ahtaumia, tukoksia ja haavoja. Vaskuliitti voi olla systeeminen, eli vakava ja etenevä yleisoireinen sairaus, tai paikallinen pienten verisuonten sairaus jonka syntymekanismia ei tiedetä. Vaskuliittihaavat ovat kivuliaita, niiden ympärillä on usein kirjava verkkomainen kuvio ja reunat ovat sinertäviä. Näiden haavojen diagnosointi ja hoito kuuluvat erikoissairaanhoidon. (Vaaslahti 2013, 359.)

Pyoderma Gangrenosum on erittäin harvinainen sairaus, joka saattaa syntyä vähäisestä ulkoisesta vammasta, kuten hyönteisen pistosta. Sen syntymekanismia ei tiedetä, mutta usein potilaalla on jokin tulehduksellinen perussairaus. Alkuvaiheessa haava muistuttaa paisetta, ja yleensä se sijaitsee alaraajassa. Paikallishoitona käytetään kortikosteroidi- ja takrolimuusivoidetta ja sisäisenä lääkityksenä suuria annoksia kortikosteroideja. (Vaaslahti 2013, 361.)

Reuma ja sen hoitoon käytetty lääkitys altistavat kroonisten haavojen synnylle. Ihoa ohentava kortikosteroidilääkitys ja immunosuppressiivinen (immuunijärjestelmää hillitsevä) lääkitys yhdessä sekä heikentävät verisuonten kimmoisuutta että lisäävät infektioherkkyyttä. Suojatunnon puute, virheasennot ja liikuntakyvyn rajoittuminen ovat reumahaavan osatekijöitä. Haavan hyvä hoito edellyttää etiologian huolellista selvittämistä. Haavojen ennaltaehkäisyssä hoitava lääkäri sekä jalkaterapeutti huolehtivat jalkojen tarkastuksista ja sopivista apuvälineistä. (Vaaslahti 2013, 361-362.)

Kihti on aineenvaihduntahäiriö, jossa uraattia, eli virtsahappokiteitä, kertyy niveliin. Akuutti kihtikohtaus ilmenee nivelten turpoamisena ja voimakkaana kipuna. Kroonisessa kihdissä muodostuvat kyhmyt saattavat haavautua ja niistä pursuaa vaaleaa uraattikidettä. Kihtiä hoidetaan virtsahappopitoisuutta pienentävällä lääkityksellä ja joskus kirurgisilla toimenpiteillä. (Vaaslahti 2013, 362.)

Syöpäkasvaimet ja niiden etäispesäkkeet tulee ottaa huomioon, kun haava on sijainniltaan tai ulkonäöltään epätyypillinen ja huonosti paraneva. Yleisimmät syövät iholla ovat tyvisolusyöpä ja okasolusyöpä. Näitä ilmaantuu auringolle altistuneilla alueilla, kuten kasvoissa ja kämmenselissä. Okasolusyöpä saattaa

myös kehittyä krooniseen haavaan. Raajojen ääriosien ihomelanooma aiheuttaa varpaan tai jalkaterän alueella haavaumia, jotka voivat olla ilman pigmenttiä. Haavautuneelle etäispesäkkeelle tyypillistä on voimakas haju, eikä se parane paikallishoidolla. Etäispesäke voi olla syövän ensimmäinen tunnistettava oire. Sädehoitoa käytetään syöpien hoitoon. Vaikka säteily pyritään kohdentamaan rajatulle ihoalueelle, aiheuttaa se vaurioita myös terveisiin kudoksiin. Akuutit vakavat vauriot ovat harvinaisia, mutta hoidon pitkäaikaisvaikutukset ilmaantuvat kolmen kuukauden tai vuosien kuluessa sädetyksestä. Aikaisemmin sädetetyn ihoalueen haavaumasta tulee ottaa koepala kasvainten poissulkemiseksi. Nämä haavat paranevat huonosti ja usein hoitoon tarvitaan kirurgiaa. (Vaaslahti 2013, 263-365.)

Itseaiheutettu haava on sijainniltaan epätyypillinen, eikä sille tutkimuksissa löydy selittävää syytä. Jos potilaalla on persoonallisuushäiriö ja hän kertoo esimerkiksi hyönteisistä ihon alla, diagnoosi on helppo tehdä. Potilas, joka tekeytyy sairaaksi saadakseen huomiota, on vaikea tunnistaa. Potilas harvoin myöntää osuuttaan haavan syntyyn, joten diagnoosi usein viivästyy. Hoitohenkilökunnan tulee välttää potilaan tuomitsemista ja olla empaattisia, jotta ongelma voidaan selvittää. Potilaat eivät välttämättä toivo haavan paranemista ja saattavat itse manipuloida haavaa estääkseen sen paranemisen. Keskeisin paikallishoito on peittää haava niin, ettei potilas pääse siihen itse kajoamaan. (Vaaslahti 2013, 365.)

6 Kipu haavanhoidossa

6.1 Haavakipu

Haava aiheuttaa potilaalle kiputuntemuksia hermovaurion, kudოსvaurion ja tulehduksen vuoksi. Nosiseptiivinen kipu on kudოსvauriosta johtuvaa kipua, ja inflammatorinen kipu on tulehdusreaktion aiheuttamaa kipua. Hermovaurion aiheuttama eli neuropaattista kipua, jota haava usein pahentaa, esiintyy esimerkiksi diabeetikoilla. Potilaan oikeuksiin kuuluu saada kivunlievitystä ja sen tarjoaminen on

hoitohenkilökunnan velvoite. (Malmgren & Kontinen 2013, 90). Haavaa hoidettaessa syntyy usein akuuttia kipua, joka voi jatkua vielä hoidon jälkeenkin. Kroonista kipua aiheuttaa muun muassa haavassa tai sen lähellä olevat hermovauriot, sympaattisen hermoston lähettämä kipu, iskemia, psyykkiset tekijät ja diabeteksen aiheuttamat hermomuutokset. (Suomen haavanhoitoyhdistys 2004, 4.) Kun haava on koko ajan kipeä, tilaa kutsutaan lepokivuksi tai taustakivuksi. Tällöin kipu jatkuu haavanhoidon jälkeenkin, ja on havaittu, että iltaa kohden kipu lisääntyy. Joillakin potilailla kipu on voimakkaimmillaan yöllä tai aamulla. Kiputuntemukseen vaikuttaa kivunsäätelyjärjestelmän aktiivisuuden vuorokausirytmii, potilaan liikkuminen, hoitotoimenpiteet ja kipulääkkeiden vaikutuksen loppuminen. Aikaisemmat kokemukset kivusta, erityisesti pelko ja ahdistus, voimistavat kipua. Akuutin kivun kroonistumista voidaan ehkäistä hyvällä akuutin kivun hoidolla, vaikka varsinainen tutkimusnäyttö tästä puuttuu. (Malmgren & Kontinen 2013, 91.)

Kiputuntemus on yksilöllinen kokemus ja sen hoidon perustana on kivun mittaaminen ja arviointi. Kivunhoidon suunnittelu ja toteutus tapahtuvat potilaan oman kipuarvion perusteella, koska potilas pystyy itse parhaiten kertomaan kivun sijainnin, ajankohdan, voimakkuuden ja laadun. Hän voi kertoa myös mitkä asiat lisäävät tai vähentävät kipua. Hoitajan tehtävä on rohkaista potilasta kertomaan kivusta, mutta alkuarvion kivusta tekee lääkäri. Kivun monisyisestä luonteesta johtuen kaikkia potilaita ei saada kivuttomiksi. (Suomen haavanhoitoyhdistys 2004, 5.) Jos potilas ei voi itse kertoa, arvioidaan kipu ja sen hoidon tarve läheisten ja hoitohenkilökunnan kanssa kipukäyttäytymisen perusteella (Malmgren & Kontinen 2013, 91).

Kivun sijaintia on hyvä seurata. Potilas voi kertoa kivusta tai näyttää sen sijainnin. On hyvä tietää, laajeneeko kipualue tai vaihtaako se paikkaa, ja potilaalta voidaan kysyä missä tilanteessa ja milloin sitä esiintyy. Selvitetään, onko kipua levossa, liikkeessä, koko ajan, hoitotoimenpiteissä vai vaihtelee se sen ajankohta. Kivun voimakkuutta voidaan arvioida erilaisilla mittareilla. Mittarissa voi olla esimerkiksi numerot yhdestä kymmeneen ja lisäksi kuvattuna kasvojen ilmeitä iloisesta tuskaiseen (Visuaalinen analogiasteikko - VAS), tai sanallinen kuvaus kivun voimak-

kuudesta (SA). Mittarin avulla potilas voi itse arvioida kipua ja kertoa siitä hoitajalle. Kiputulokset eivät ole vertailtavissa potilaiden välillä, vaan ne ovat jokaisen henkilökohtaisia kokemuksia. Kirjattaessa potilaan arvioimaa kiputuntemusta ilmoitetaan myös käytetyn mittarin maksimiarvo. Esimerkiksi käytettäessä kipujanaa, jossa on arvot 1–10, ilmoitetaan tulos 6/10. Systemaattisella seurannalla saadaan selville kivun voimakkuuden vaihtelut. Kipua voi joskus olla vaikea erottaa ahdistuksesta. Erityisesti lasten ja vanhusten ja kohdalla kivun hoidossa tarvitaan kärsivällisyyttä ja ymmärrystä. (Suomen haavanhoitoyhdistys 2004, 6.)

6.2 Kivunhoito

Kivunhoidon päätös tehdään yhdessä potilaan, läheisten ja hoitohenkilöstön kesken. Aina pyritään mahdollisimman hyvään kivunhoitoon, jotta tarvittava haavanhoito saadaan tehtyä. Kivun hoidossa pyritään myös siihen, että potilas selviäisi arjen toimistaan ja saisi levähtyä. Myös liikunnan mahdollistaminen kipulääkityksen avulla on suositeltavaa, esimerkiksi fysioterapiassa. Tämä kaikki lisää hoitomyönteisyyttä, edistää toipumista ja vähentää komplikaatioita. Kivun hoidon tulee olla suunniteltua ja systemaattista, koska haavanhoidot ovat usein kivuliaita toimenpiteitä ja ne vaativat tehokasta kivunlievitystä. Potilaan aiempia kokemuksia kuunnellaan ja sen avulla suunnitellaan uuden toimenpiteen kipulääkitys. Lääkitystä ei tarvitse muokata uudestaan, jos edellinen kerta on sujunut ongelmitta. Jos taas potilas on ollut kivulias, on syytä lisätä kipulääkitystä. Kipulääkettä voidaan antaa noin 30–60 minuuttia ennen toimenpidettä suun kautta. (Malmgren & Kontinen 2013, 9, 94-95.)

Jotkut paikallisesti vaikuttavat puuduteaineet tarvitsevat tunnin vaikutusajan ennen täyttä tehoa. Esilääkitystä voidaan käyttää kipulääkkeiden lisäksi, jos haavahoito ei muuten onnistu esimerkiksi potilaan pelkojen vuoksi. Isot haavat, lasten tai nuorten akuutit haavat, pelkäävän potilaan ja kohtuuttoman kipeän potilaan haavat voidaan hoitaa leikkaussalissa puudutuksessa, sedaatioissa tai yleisanestesiassa. Lääkitys on yleisin kivunlievitys menetelmä, mutta käytettävissä on myös lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja. Näitä ovat esimerkiksi asento-

hoidot, haavasidosmateriaalin valinta, haavan hellävarainen atraumaattinen (kudoksia vahingoittamaton) käsittely, rentoutus, mielikuvaharjoitukset, musiikki, tietokonepelit, fysikaaliset hoidot, hieronnat, fysioterapia ja TENS-hoito (sähköimpulsseja lähetetään erilaisilla taajuuksilla ”häiritsemään” hermoja). Rauhallinen ympäristö ilman keskeytyksiä, keskustelu, jossa potilas huomioidaan hyvin voivat myös heikentää kipua. (Malmgren & Kontinen 2013, 94–95.)

7 Haavanhoitotuotteet

7.1 Haavanhoitotuotteiden jaottelu

Hyvä haavanhoito perustuu haavadiagnoosiin sekä selkeään ja yksilölliseen haavanhoitosuunnitelmaan, joiden perusteella hoitolinja ja paikallishoitotuotteet valitaan. palvelutalossa asuminen rinnastetaan avohoitoon. avohoidon asiakkaalla on oikeus saada pitkäaikaissairauden hoitotuotteet maksutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 2,16.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa 30.12.2010/1326 luvussa 3 sanotaan seuraavaa:

Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoidon. – – Kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. (25. §.)

Kunnan tehtävä on järjestää hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon kuuluvat hoitotarvikkeet, jotka ovat käyttäjälleen maksuttomia. Asiakkaat kotihoidossa ovat Suomessa eriarvoisessa asemassa maksuttomien haavanhoitotuotteiden suhteen. Joissakin kunnissa asiakas maksaa tuotteet aluksi itse, koska maksuttomuuden aikamääränä käytetään kolmen kuukauden aikarajaa, ennen haavan määrittelemistä pitkäaikaiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 2, 13.)

Haavanhoitotuotteet voidaan luokitella geneerisen (vaikuttava aine) nimen mukaan, vaikutusmekanismin mukaan ja toimintatavan mukaan (Korhonen 2017, 32). Tässä opinnäytetyössä luokittelun perusteena on tuotteen sijainti haavalla.

Kokemuksen mukaan näin toimitaan myös osastotyössä. Tämän luokittelun mukaisesti haavanhoitotuotteiden tarkoitus ja tehtävä on helppo hahmottaa ja muistaa. Haavatuote toimii suojana ulkoa päin tulevalta liialta, kosteudelta ja infektioilta. Oikein valittu tuote pitää haavan riittävän kosteana ja lämpimänä (+37°C). Haavakontaktisidos on suorassa kosketuksessa haavaan, ja sen alla voi vielä olla geeli tai nestemäinen hoitava aine. Ensisijainen sidos on myös suorassa kontaktissa haavaan. Sidoksen rakenteesta riippuu, tarvitseeko se toissijaisen sidoksen. Toissijainen sidos laitetaan kontaktisidoksen tai ensisijaisen sidoksen päälle suojaamaan ja antamaan tai imemään kosteutta. Päälyssidos on uloin sidos, joka peittää alla olevat sidokset ja usein kiinnittyy liimalla ihoon. Kiinnitys- ja tukisidokset ovat harsoja ja kierresidoksia, joita käytetään lastojen kiinnittämiseen ja turvotusten ehkäisyyn. (Korhonen 2017, 32.)

7.2 Haavanhoitotuotteiden valinta VPKM- väriluokituksen mukaan

Suomen haavanhoitoyhdistys on tuottanut ja päivittänyt vuonna 2011 oppimateriaalina avoimen haavan VPKM -väriluokitus helpperin (liite 3). Tarkoitus on, että helppereitä käytettäisiin haavanhoidossa, opetuksessa ja perehdyttämisessä. Väriluokituksen avulla pyritään yhtenäistämään avoimen haavan hoitotyössä käytettyjä termejä ja kuvailemaan suuntaa antavasti kudosta ja sen värejä. Helpperissä kuvaillaan myös yleiset hoitoperiaatteet. Haavaa arvioitaessa hoitajan on tiedettävä sen taustatekijät ja osattava tunnistaa infektiot. On myös tiedettävä, millaiset oireet ja kudokset ovat normaaleja ja epänormaaleja löydöksiä. Väriluokitus ei sovellu painehaavojen, palo- eikä paleltumisvammojen arviointiin, eikä kirurgisiin haavoihin niiden erilaisesta vammamekanismista johtuen. (Iivanainen ym. 2011, 36.)

Vaaleanpunaisessa, eli luokituksen mukaan V-haavassa, kasvaa epiteeli ja arpi-muodostus on käynnistynyt. Haavaa hoidetaan suihkuttelemalla kevyesti ja se kuivataan taputtelemalla. Varsinaisena hoitona on rasvaus. Suojana käytetään tarttumattomia sidoksia, kuten polyuretaania. Punaisen, eli P-haavan pohja on puhdas, ja granulaatiokudos kasvaa pohjasta ylöspäin. Punaisen haavan hoitona

on suihkutetus ja suojaus. Tärkeää on, ettei haava pääse kuivumaan tai jäähtymään. Sidokset avataan vain yksi tai kaksi kertaa viikossa. Vähän erittävään haavaan käytetään geelilytyviä sidoksia. Erittävään haavaan sopivat kosteutta sitovat hydrofobiset sidokset tai polyuretaanitaitos. Keltaisen, K-haavan, pohjalla on keltaista ja sitkeää fibriinikatetta, joka muodostuu fibriinistä ja kuolleista solun osista. Hoitona on katteen pehmittäminen mekaanista puhdistusta varten lääkinnällisellä hunajalla tai pihkalla. Runsaasti erittäviin haavoihin soveltuvat alganaatit, hydrofobiset sidokset ja polyuretaanivaahtosidokset. Tavoite on saada haavan pohja punaiselle granulaatiokudospohjalle. Tässä vaiheessa haavanhoidossa vaihdetaan sidoksia haavaerityksen mukaan. Mustan, M-haavan, päällä on mustaa, harmahtavaa tai ruskeaa nekroottista kudosta, ja haava voi olla kuiva tai erittävä. Ennen haavanhoidon aloittamista verenkierron riittävyys tulee selvittää. Haavan hoitona on nekroosin pehmittäminen ja poistaminen haavadiagnoosin jälkeen. Jos haavasta tulee pahanhajuista eritettä tai erityys lisääntyy, on otettava yhteys lääkäriin. Varpaissa oleva valtimoperäinen nekroottinen haava ja diabeetikon haavat on tutkittava lääkärissä. (Korhonen 2017. 33-34.)

8 Hoitajan toteuttama haavan paikallishoitoprosessi

8.1 Haavanhoidon valmistelut ja sidosten poistaminen

Lääkärin tekemän hoitolinjauksen mukaan määritellään haavanhoidon tavoitteet. Tavoite voi olla haavan valmistelu kirurgiseen sulkuun, ylläpitävä hoito jos haavaa ei voi parantaa tai haavan paranemiseen tähtäävä hoito. (Juutilainen 2013c, 77.) Hyvä haavanhoito on kokonaisvaltainen prosessi, jossa on syytä muistaa, että ei hoideta vain haavaa, vaan ihmistä. Hoitajan toteuttama paikallishoitoprosessi koostuu alkuvalmisteluista, haavanhoidosta, paranemista tukevien menetelmien toteuttamisesta, sekä kivunhoidosta ja potilaan ohjauksesta. Lisäksi hoitokokonaisuuteen kuuluu myös toteutetun hoidon kirjaaminen ja arviointi sekä jatkosuunnitelman dokumentointi. (Hietanen 2013, 183.)

Aseptiikan avulla pyritään estämään mikrobikontaminaatio kudoksiin ja steriileihin materiaaleihin. Hoitohenkilökunta tarvitsee aseptista toimintaa varten tietoja ja taitoja sekä eettistä vastuuntuntoa, jotta aseptiikka toteutuisi hyvin. Aseptiset työtavat olisi hyvä omaksua päivittäisiksi työtavoiksi, eikä niistä tule tinkiä kiireen keskellä. (Kanerva & Tenhunen 2013, 115.) Aseptinen työskentely lähtee huolellisesta suunnittelusta ja siitä, että tarvittavat hoitovälineet varataan valmiiksi. Aseptisen työjärjestyksen mukaan toiminta etenee puhtaasta likaiseen. Oma toimintaa hoitajan tulee arvioida koko hoitotoimenpiteen ajan. Aseptisen oman tunnon mukaan toimittaessa työskennellään hygieenisesti, vaikka kukaan muu ei olisi tilannetta seuraamassa. Suojakäsineitä käytetään aina, kun ollaan tekemisessä veren, eritteiden ja haavojen kanssa. (Lindholm 2015, 18-19.) Haavanhoito toteutetaan steriileillä työvälineillä, ja kertakäyttövälineet hävitetään asianmukaisesti. Hoitoon liittyvä infektion aiheuttaja voi olla peräisin potilaasta, hoitoympäristöstä tai hoitovälineistä. On arvioitu, että joka viides hoitoon liittyvä infektio voitaisiin ehkäistä aseptisilla työtavoilla. Huolellinen ja oikein toteutettu käsihygienia on infektion torjunnan lähtökohta. (Iivanainen 2015, 20.)

Haavakivun hallinnassa on tärkeää, että potilas hoidetaan kiireettömästi ja rauhallisesti. Ennen hoitotoimenpiteen aloittamista suunnitellaan kipulääkitys ja informoidaan potilasta riittävän ajoissa. Kun potilas otetaan mukaan hoitotilanteen suunniteluun, hoitomyöntyvyys ja sitoutuminen hoitoon paranevat. On tärkeää, että suun kautta annettava särkylääke otetaan 30–60 minuuttia ennen hoitotoimenpiteen aloittamista. (Berg 2014, 23.) Hoitaja poistaa sidokset katkaisemalla päällimmäiset kierresidokset saksilla, koska sidosten kiertäminen auki tuo haava-alueelle pölyä, ja toisaalta haavan eritteet voivat levitä ympäröivään ilmaan. Muut sidokset poistetaan käsin tai atuloilla. Kotioloissa saksille riittää desinfiointi, jos kyseessä ei ole steriilisti hoidettava haava. Sidosten poistamisessa tulee olla varovainen, koska kiinni tarttunut alin sidos voi irrotessaan viedä mukanaan kudosta ja aiheuttaa kipua. Alimman sidoksen kostutukseen soveltuu haalea vesi tai keittosuolaliuos. Jos alin sidos on rasvalappu, suihkutettava ihoöljy auttaa parhaiten sen irrottamisessa. Sidosten poistamisen yhteydessä hoitajan tulee arvioida silmämääräisesti haavan erittämisen määrää. Eritteen määrä kertoo siitä,

onko käytetty haavasidos ollut riittävän imevä tai kosteutta sitova. Haavassa käytettävien sidosten valinta ja haavan hoitotiheys perustuvat osittain haavaerityksen arviointiin. (Hietanen 2013, 186–187.)

8.2 Haavan puhdistus ja puudutus

Haavan puhdistus on normaalin haavanparanemisprosessin perusta. Sen tarkoituksena on luoda optimaalinen paranemisympäristö sekä haavaan että sen reunoille. Haavan puhdistus voidaan tehdä kaikille haavoille huolimatta niiden syistä tai diagnooseista. (Strohal, Dissemond, Jordan O'Brien, Piaggese, Rimdeika & Young 2013, 5.) Sidosten poistamisen jälkeen haava suihkutetaan kehonlämpöisellä vesijohtovedellä tai huuhdellaan keittosuolaliuoksella. Haavan paranemisen ihanteellinen lämpötila on $+37^{\circ}\text{C}$. Lämpötilan laskun estämiseksi on hyvä toimia viiveettä. Mitä puhtaampi haava on, sitä lyhyempi on haavan suihkuttelu-aika. Katteista ja nekroottista haavaa voi suihkutella pitkään, mutta granuloiva tai epteli-soiva haava vain huuhdellaan vedellä. Vesijohtovedessä ei ole elektrolyyttejä ja siksi liian pitkä suihkutusta aiheuttaa haavaan paranemista hidastavaa turvotusta ja solujen rikkoontumista. Onkalohaavat huuhdellaan käyttäen apuna ruiskua ja katetria. Potilaan siirtyessä suihkusta hoitoalustalle haava peitetään taitoksella estämään kontaminaatiota ja lämpötilan laskua. (Hietanen 2013, 186–187.)

Haavanhoidossa käytettäviä puudutteita ovat lidokaiinigeeli, lidokaiinin ja prilokaiinin sekoitus eli EMLA sekä tetrakaiini salva. Puudutegeelin nyrkkisääntönä on, että sitä käytetään korkeintaan kerran vuorokaudessa ja enintään potilaan kämmenen kokoiselle alueelle. Alue vastaa noin 3% potilaan ihon pinta-alasta. Paikallispuudutteen annetaan vaikuttaa 30–60 minuuttia. Pintapuudutteen käytön esteenä on vain harvoin potilaan muu lääkitys, koska sen vaikutus on paikallinen. Ongelma puudutteen käytössä voi olla laaja haava-alue ja suuri puudutemäärä. Pintapuudutteen vaikutus saattaa olla riittämätön, ja siksi kokonaistilannetta on havainnoitava koko haavanhoidotilanteen ajan. Kivunlievityksen kesto on rajallinen ja se on kokonaisuudessaan suunniteltava huolella. (Berg 2014, 23, 24.) Musta kudos, painehaava ja diabeetikon jalkahaava voivat olla lähes tunnottomia. Keltainen katteinen haava voidaan saada lähes tunnottomaksi puudutegeelillä tai -voiteella. (Tuuliranta 2014, 7.)

Ennen kuin kuollutta kudosta poistetaan haavalta, hoitaja arvioi haavalla olevaa kudosta ja haavan paranemisvaihetta. Mekaanisessa puhdistuksessa käytetään yksinkertaisia instrumentteja, kuten rengaskyrettiä, saksia, kirurgin veistä ja atuloita. (Hietanen 2013, 189–190.) Vaikka haavan puhdistamisen vaikutuksista ei ole tieteellistä näyttöä, arkisen kokemuksen mukaan puhtaat haavat paranevat paremmin kuin likaiset. Haavan puhdistuksella ei tarkoiteta vain pesua, vaan haavaan tarttuneen kuolleen kudoksen ja mikrobien muodostaman sitkeän massan eli biofilmin poistoa kemiallisesti, biologisesti ja mekaanisesti. Jos haavassa on pelkkää limasta eritettä tai kellertävää katetta, se poistetaan kertakäyttöisellä rengaskyretillä. Mustaankroosiin ja muuhunkroosiin on syytä käyttää kirurgista veistä, atuloita ja pieniä saksia. Kudokseen tartutaan atulalla sitä nostaten ja ensin syntynyt ryppy leikataan pienesti auki, jonka jälkeen kudosta on helpompi poistaa. Kudoksen poistaminen on helpoin aloittaa reunoilta. Haavan pohja saattaa vuotaa, ja tihkuvuotoa voi hillitä vetyperoksidilla. Kroosin poisto tarvitsee useamman hoitokerran. Puhdistus tässä vaiheessa tapahtuu muutaman päivän välein. On suositeltu, että nekroottisen haavan pohjalle laitetaan antimikrobinen valmiste, vaikka tämän hyödyistä ei ole tutkimuksellista näyttöä. Jos haava ei ole kovin syvä, se voidaan hoitaa osastolla tai poliklinisesti. Kirurginen revisio, eli haavan kuolleen ja huonosti paraneva kudoksen kirurginen poisto, tehdään leikkauksessa, jos haava on pahasti infektioitunut. (Tuuliranta 2014, 6-8.)

Haavan puhdistamisen yhteydessä hoitaja arvioi haavan syvyyden ja paranemisprosessin vaiheen, ja ne tulee myös kirjata. Mekaanisen puhdistuksen tukena käytetään entsymaattista, autolyyttistä, biologista ja kemiallista haavan puhdistusta. Autolyyttinen puhdistus tapahtuu käyttämällä haavanhoidossa salvamaisia valmisteita, jotka hajottavat nekroottista kudosta vahingoittamatta tervettä kudosta. Autolyysi on kudoksen luonnollinen hajoamisprosessi, jossa kostea haavahoito pehmittää kuollutta kudosta luonnollisella tavalla. Hydrokolloidi, hydrogeeli, foami ja alginaatti ovat autolyysiä ylläpitäviä haavanhoidotuotteita. Autolyysi ei sovi infektoituneeseen tai diabeettiseen haavan hoitoon, koska anaerobi-bakteerit voivat lisääntyä tällaisten sidosten alla. Entsymaattisessa puhdistuksessa salvamainen haavanhoidovalmiste hajottaa nekroottista kudosta tervettä kudosta va-

hingoittamatta katkomalla kollageenia, joka pitää kuolleen kudoksen kiinni terveessä kudoksessa. Valmiste vaatii kosteutta aktivoituakseen ja hoidon onnistuminen edellyttää kosteaa olosuhdetta haavassa. Sairaalaolosuhteissa biologisessa puhdistuksessa voidaan käyttää kultakärpäsen toukkia. Toukat syövät vain kuollutta kudosta ja niiden erittämä sylki sisältää kasvutekijöitä. Kemiallisen haavan puhdistuksen tuotteita ovat hopeasidokset, lääkinnällinen hunaja ja pihka. Antibakteeristen tuotteiden käyttö haavalla lopetetaan, kun infektion merkkejä ei enää ole. Vetyperoksidia voidaan käyttää karstan poistamiseen ja pienten vuotojen tyrehdyttämiseen, mutta sitä on käytettävä harkiten vahingollisuuden ja toksisuuden (myrkyllisyyden) vuoksi. (Iivanainen, Grek-Stjenberg, Kallio, Korhonen & Pukki 2014, 27, 28.)

8.3 Haavaympäristön hoito ja sidosten laittaminen

Haavan ympäristö tulee arvioida sormin ja verrata lämpötilaeroa kauempana olevaan terveeseen ihoon tai toiseen raajaan. Samalla arvioidaan kudoksen pehmeyttä, turvotusta ja ihon karheutta. Hoitaja selvittää johtuuko karheus kuivumisesta vai varsinaisesta ihottumasta. Haavan ympäristö on altis vaurioitumiselle kudosisinflammaation vuoksi. Vaarana on haavan uuden haavan muodostuminen, tai jo olemassa olevan haavan laajeneminen. Hyvällä hoidolla voidaan ehkäistä infektoita, ihottumaa, uusia haavoja ja lisätä potilaan elämänlaatua. (Isoherranen & Dunder 2016, 16.) Haavaympäristön iho tulee suojata aina, kun kyseessä on erittävä haava. Haavassa käytettävät geelimäiset tuotteet saattavat myös aiheuttaa haavaympäristön maseroitumista eli vettymistä. Haavaympäristön maseroituminen estetään poistamalla kosteuden aiheuttaja ja käyttämällä ihoa suojaavia tuotteita. Terveelle iholle soveltuvat perusvoiteet ja ihoöljyt, joita levitetään vain ihoon imeytyvä määrä. Ihonsuojakalvo levitetään suihkeena, geelinä tai voiteena. Sen muodostama kalvo on suojaava, mutta myös hengittävä. Ihon maseroitumista voidaan myös ehkäistä haavakalvoilla ja hydrokolloidilevyillä tai itseensä eritettä lukitsevilla sidoksilla. Kosteusvaurioisen ihon haavan sidosten vaihtoväliä tulee tihentää ja käyttää imevämpiä sidoksia. Ympäröivää ihoa ei saa hangata, eikä siihen saa kohdistua painetta. (Hietanen 2013, 191–192.)

Haavasidokset laitetaan haavalle aina huoneen lämpöisenä. Kiinnityksen tulee taata sidoksen paikallaan pysyminen. Kiinnittämiseen voi käyttää hengittäviä haavateippejä, kalvoja ja putki- ja harsosidoksia. Sidokset laitetaan paikalleen venyttämättä ihoa ja vanhusten kohdalla on huomioitava ihon hauraus. Kun haava on liikkuvan nivelen kohdalla, sidosta laitettaessa nivelen tulee olla optimaalisessa käyttöasennossa. Näin estetään liikkeessä tapahtuvaa ihon venymistä ja paineen syntyminen nivelen liikkuesssa. Raajojen tukisidokset lisäävät aluksi haavan eritystä lisäten sidosten vaihdon tarvetta. Raajojen sidokset saattavat myös aiheuttaa painetta ja hankausta luisten ulokkeiden kohdalle. Tätä voidaan ehkäistä käyttämällä pehmeää vanua tai vaahtolevyä sidoksen alla jakamaan painetta laajemmalle alueelle. Tapauskohtaisesti tukisidos voidaan poistaa yöksi. (Hietanen 2013, 193, 194.)

8.4 Potilaan ohjaus ja haavojen uusiutumisen ehkäisy

Tutkittua tietoa tekijöistä, jotka lisäävät potilaan sitoutumista kroonisten haavojen hoitoon, löytyy vain vähän. On kuitenkin osoitettu, että sitoutumattomuutta lisää potilaiden puutteellinen tieto omasta roolista sairauden paranemiseen sekä puutteellinen ohjaus ja tieto haavan syntymekanismista. Potilasohjaus on lakisääteistä ja potilassuhde rakentuu ohjaukseen. Säärihaavoista noin 70% uusiutuu. Uusimisen ehkäisy edellyttää elämäntapamuutoksia, jotka toteutuvat varmemmin hyvällä ohjauksella. Laadukas haavanhoito tarkoittaa sitä, että hoitaja ymmärtää oman asenteensa ja ohjauksen vaikutuksen hoitoprosessissa. Ohjaus ei saa olla syyllistävää. Kun potilaan kokemukset otetaan huomioon, ohjaus ja hoito tapahtuvat potilaslähtöisesti. Hyvä vuorovaikutus auttaa potilasta ottamaan itse vastuuta tilanteesta. On myös hyvä muistaa, että lähtökohtaisesti säärihaavapotilaan elämäntapaohjauksella saavutetaan myönteisiä tuloksia. (Väänänen 2017, 36-37.) Kaikkien hoitotoimien yhteydessä potilaan pelko tulee ottaa huomioon ja toimenpiteet tulee selittää. Potilassuostumus pyritään saamaan potilaalta aina, kun se on tarpeen ja mahdollista. Potilasta tulee myös ennakoivasti varoittaa sellaisista toimenpiteistä, jotka tuottavat kipua tai epämiellyttäviä tuntemuksia. (Strohal & ym. 2013, 28.)

Laadukas potilasohjaus on sisällöltään riittävää, suunnitelmallista ja huolellisesti suunniteltua. Ohjaus toteutetaan potilaslähtöisesti. Turvallisessa ilmapiirissä potilas uskaltaa ottaa esiin vaikeatkin asiat ja tunteet. (Kaakinen 2013. 28.) Laadukkaaseen pitkäaikaissairaahan ohjaukseen sisältyy tietoa sairaudesta, sosiaalisesta tuesta ja tutkimustuloksista sekä sairauden ennusteesta. Ohjauksessa käytettävä suullinen ja laadukas kirjallinen ohjausmateriaali lisää hoitomyöntyvyyttä, elämänhallintaa ja sitoutumista hoitoon. Ohjaustilanteessa on hyvä sisältää suullista ohjausta, kirjallista materiaalia sekä hoitotilanteiden demostroitua ohjausta. Pitkäaikaissairaiden näkökulmasta on tärkeää, että ohjaus yhdistetään heidän jokapäiväiseen elämäänsä. (Kaakinen 2012, 24,51.)

8.5 Infektion merkit

Bakteeri voi elää planktisessa eli yksittäisessä muodossa tai monista eri syistä bakteerit saattavat pesiä haavalle muodostaen biofilmin. Biofilmi on luja, sitkeä ja monimutkainen rakennelma, jossa eri bakteerilajit ovat omissa kerroksissaan. Biofilmit voivat olla resistenttejä lähes kaikille antimikrobisille aineille, koska vaikuttava aine ei pääse tunkeutumaan sen muodostaman sitkeän kalvon taakse. Suurin osa haavojen infektioista on biofilmiin aiheuttamia. (Tuuliranta 2012, 8–11.) Infektio syntyy, kun mikro-organismi ohittaa isäntänsä puolustusmekanismit. Infektio keskeyttää aina haavan paranemisen, ja siksi nopea diagnosointi ja hoidon aloitus ovat avainasemassa. Haavainfektion kliinisiä merkkejä ovat abskessi, selluliitti, lisääntynyt eritys, haju, hidastunut paraneminen, lisääntynyt kipu, haavan laajeneminen ja haavataakojen muodostuminen. (Cutting, White, Mahoney & Harding 2005, 6.)

Mikroökosysteemin aloittamiseksi ei riitä bakteerin kasvu haavalla ilman kliinisiä oireita (sairauden merkki, jonka lääkäri havaitsee). On tärkeää huolehtia infektioituneen kroonisen haavan paikallispuhdistuksesta ja muusta etiologisesta (syntymekanismiin liittyvä) hoidosta. Jos haavan ulkonäön perusteella ei voida selkeästi diagnosoida infektiota, voidaan potilas viedä muutaman päivän kuluttua kontrollikäynnille. Riskipotilaita, joiden kohdalla nopeammin turvaudutaan antimikroökosysteemiin, ovat suuren riskin potilaat ja aina potilaat, joilla on avoin haava. Käytettävissä on useita kuuriluontoisesti käytettäviä antimikrobisia valmisteita,

jotka hajottavat ja poistavat paikallista biofilmiä. (Kanerva & Tenhunen 2013, 107–108, 112.)

Haavainfektion tunnistamisen kriteerit on määritelty EWMA (European Wound Management Assosiation) -mietinnössä vuonna 2005. Infektion merkkejä seuraamalla voi määritellä kliiniset vaiheet, joista jokainen vaihe vaati oman hoitostrategian. Kuviossa 1. olevan määritelmän mukaan ensimmäisessä vaiheessa haava ei täytä varsinaisen infektion kriteerejä ja sitä hoidetaan kostean haavan periaatteiden mukaan. Toisessa vaiheessa hoidon tavoite on estää infektion kehittymisen kosteaa haavanhoitoa tukevien tuotteiden avulla. Tässä vaiheessa voidaan käyttää paikallisia antimikrobisia tuotteita. Kolmannessa ja neljännessä vaiheessa haavojen hoidossa voidaan käyttää antimikrobilääkitystä yhdistäen paikallishoitona käytettävät antimikrobiset tuotteet. (Meiling ym. 2005, 2, 4.)

1. Muutamia lieviä infektion merkkejä: jonkin verran hajua, kudosten nestettä, tai kipua	Paraneminen edistyy normaalisti
2. Lisääntyviä infektion merkkejä: Lisääntyvää hajua, kipua, tai kudosten nestettä	Paraneminen ei edisty normaalisti
3. Avoimia infektion merkkejä: märkäeritys, turvotus ja paikallinen kuumotus, kipu	Haavan tilanne näyttää huonolta, ja on merkkejä infektion leviämisestä lähikudoksiin. (selluliitti, gangreeni)
4. Avoimia merkkejä paikallisesta ja systeemisestä infektiosta: kuume, leukosyyttien kohoaminen.	Mahdollista näyttöä infektion leviämisestä muihin kudoksiin, mikä voi johtaa elinvaurioihin ja sepsikseen.

Kuvio 1. Haavainfektion merkit. (Meiling ym. 2005, 17.)

9 Haavanhoidon kirjaaminen ja dokumentointi

Potilasasiakirja-asetus (298/2009) määrittää, että potilasasiakirjoihin tulee kirjata potilaan hyvän hoidon järjestämiseen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan

kannalta riittävän laajat tiedot. Merkinnät tulee tehdä selkeästi ja käytettävien käsitteiden ja lyhenteiden tulee olla yleisesti hyväksyttyjä. Laadukas kirjaaminen on keskeinen osa potilasturvallisuutta. Työvuoron vaihtuessa ja hoitopaikkaa vaihdettaessa hiljainen tieto siirtyy myös huolellisesti laadittujen potilasasiakirjojen kautta. Puutteet kirjaamisessa, kuten liian suppeat tiedot, virheellinen tieto ja kirjaamatta jättäminen aiheuttavat potilaan hoidossa vaaratapahtumia. Hyvän kirjaamiskäytännön mukaan hoitaja kirjaa oikea-aikaisesti, koska tietoa voidaan tarvita välittömästi. Kirjattu tieto turvaa hoidon jatkuvuuden, kun potilaan voinnin muutokset suhteessa hoitosuunnitelmaan ja hoitoon on kirjattu. Hoidon vaikuttavuuden tulee näkyä kirjauksissa, esimerkiksi kuinka annettu kipulääke on vaikuttanut. Annettu potilasohjaus ja ohjauksen tulos tulee kirjata. (Haatainen 2015, 11.)

Haavanhoidon kirjaamisen haasteena on haavanhoitoon ja haavaan arviointiin liittyvän termistön epäyhtenäisyys. Tutkimusten mukaan haavanhoidon rakenteisessa kirjaamisessa on puutteita, ja tämä heikentää haavanhoidon ja potilashoidon laatua. Rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan sitä, että kirjaamisessa käytetään yhdenmukaisia termejä ja nimikkeistöjä, luokituksia, sanoja ja koodeja. Kirjaaminen on tällöin yhdenmukaista riippumatta siitä missä kirjaaminen tapahtuu. Kansallinen kirjaamismalli koostuu hoitotyön ydintiedoista, hoidon prosessista ja suomalaisesta hoitotyön luokituskokonaisuudesta FinnCC. Luokituksen mukaan haavanhoito kirjataan kudoseheys- komponentin alle. Hoitajat kirjaavat paljon haavanhoidosta, mutta määrän lisäksi olisi syytä panostaa laatuun. Parannettavaa on haavan ympäristön kunnon kirjaamisessa, tietojen täsmentämisessä ja tarkemassa kuvaamisessa. (Kinnunen 2014, 25.)

Haavanhoidon dokumentoinnissa tulee kuvata tietoja kuvallisesti ja kirjallisesti riittävän tarkasti. Kirjaamisen täsmällisyys korostuu erityisesti moniammatillisessa hoitotyössä, jolloin on tärkeää, että kaikki hoitoon osallistuvat ymmärtävät käsitteet samalla tavalla. Kaikkien hoitoon osallistujien on helppo löytää olennainen hoitoa koskeva tieto ja toteuttaa ja arvioida haavan kuntoa ja hoidon vaikuttavuutta. Potilasasiakirjoihin voidaan liittää reaaliaikaista tietoa haavan tilasta valokuvaamalla. (Kinnunen 2013, 42, 45.) Valokuvaaminen on havainnollistava dokumentoinnin tapa. Kuvasta voidaan arvioida haavan kokoa sen viereen asetetun

mittatikun avulla ja seurata haavan paranemista. Kuva otetaan mekaanisen puhdistuksen jälkeen ja huolehditaan, että kuva on riittävän tarkka. Värisävyjen tulee olla mahdollisimman todellisia. Kuviin tulee merkitä myös päivämäärä, ja potilaan voinnissa ja haavassa ilmenevät muutokset tulee dokumentoida ajantasaisesti. (Juutilainen ja Hietanen 2014d, 74–75.)

10 Haavapotilaan ravitsemushoito

Ravitsemus vaikuttaa keskeisesti potilaan haavojen paranemiseen. Vajaaravitsemus hidastaa haavojen paranemista ja kohottaa infektioriskiä. (Ursula 2013, 83.) Runsaasti energiaa ja rakennusaineita vaativia prosesseja haavan paranemisessa ovat solujen jakaantuminen, proteiinien valmistus ja entsyymien toiminta (Lagus 2012, 42). Riittävä proteiinin, hiilihydraatin ja kivennäisaineiden saanti ovat edellytyksiä haavan paranemiselle. Tutkimusnäyttöä ei juurikaan ole ravitsemuksen vaikutuksesta kroonisten haavojen paranemiseen. Proteiinien puutteella voi olla vaikutuksensa haavojen hitaaseen paranemiseen. Haavat altistavat vajaaravitsemukselle, koska haavaeritteiden mukana poistuu ravintoaineita ja haavan paraneminen lisää ravinnontarvetta. Vajaaravitsemuksessa ei saada tarvittavaa määrää energiaa, proteiinia ja muita ravintoaineita niiden kulutukseen nähden. Tämä taas aiheuttaa haitallisia muutoksia kehon koossa, koostumuksessa, toimintakyvyssä, ja hoitotuloksessa. Vajaaravitsemusta on helpompi ehkäistä kuin hoitaa ja siksi sen riski on hyvä tunnistaa ja tarvittaessa tehostaa ravitsemusta. Vajaaravitsemusriskin seulontaan on omia menetelmiä, esimerkiksi NRS-2002- ja MUST-menetelmät. Riskin arvioinnissa otetaan huomioon muun muassa potilaan paino ja sen viimeaikaiset muutokset sekä painoindeksi (BMI). Ravitsemustilan arviointi on syytä tehdä säännöllisin välein ja riittävän usein. Ravitsemushoito on moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat lääkäri, hoitajat, ravitsemusterapeutit, ruokapalvelun työntekijät ja sairaalahuoltajat omien tehtäviensä mukaisesti. (Käypähoito 2017b.)

Epäiltäessä ravitsemuksen riittävyyttä toimiva ratkaisu on tilata potilaalle tehostettu ruokavalio. Sen lisäksi on hyvä tarjota yksi tai kaksi pullollista runsasproteiinista tai runsasenergistä täydennysravintojuomaa vuorokaudessa. Ravitsemuksen tehostamista täydennysravintoaineilla jatketaan useiden viikkojen ajan vajaaravituille ja vajaaravitsemusriskissä oleville haavapotilaille. Täydennysjuomavalmisteita on monenlaisia. Niitä voidaan sekoittaa ruokaan tai ne voidaan juoda tai syödä sellaisenaan. Makuja on myös monenlaisia. Kannattaa kuunnella potilasta ja hänen mieltymyksiään ja tarjota sellaista valmistetta, joka tulee käytettyä ja pääsee siten auttamaan potilasta. Haavapotilaiden vuorokausittaisen energiansaannin suositus on 1–1.5g/tavoitepainokilo. Jotta elimistö voi käyttää hyödyksi saamansa proteiinin, on elimistön saatava riittävästi myös rasvoja ja hiilihydraatteja. (Hytönen 2016, 13–16.)

11 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä Kurjenpolven palvelukodin hoitohenkilökunnan yleisimpien kroonisten haavojen haavanhoidon ammattiosaamista. Opinnäytetyön tehtävä on Honkalampi-säätiön toimeksiannosta pitää tutkimusnäyttöön perustuva haavanhoitokoulutustilaisuus, jossa käydään läpi akuutin ja kroonisen haavan paranemisprosessi, yleisimmät krooniset haavatyypit ja niiden tunnistaminen, haavanhoito prosessina, haavakivun hoito sekä hoidon dokumentointi ja vaikuttavuuden arviointi sekä haavapotilaan ravitsemuksen keskeiset asiat. Koulutustilaisuudessa käsitellään myös kroonisten haavojen ennaltaehkäisyä ja uusiutumisen ehkäisyä.

12 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

12.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisessa opinnäytetyössä lähtökohtana voi olla ammatillisen käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Toiminnallisen opinnäytetyön tulisi olla käytännönläheinen, työelämälähtöinen ja tutkimuksellisella asenteella tehty. Tuotoksena voi olla esimerkiksi opastus, ohje, ohjeistus tai tapahtuman toteuttaminen. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu opinnäytetyön etenemisen mukaan laaditusta tutkimuksellisesta työn raportoinnista sekä varsinaisesta tuotoksesta. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10, 83.) Tämä opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisen opinnäytetyön menetelmää käyttäen. Tuotoksena on haavanhoitokoulutus sekä kirjallisessa muodossa osallistujille jaettu materiaali koulutuksen keskeisestä sisällöstä. Opinnäytetyössä käydään läpi ihon rakenne, haavan paranemisen vaiheet, yleisimmät krooniset alaraajahaavat ja haavojen hoito-ohjeet VPKM-väriluokituksen mukaan. Koulutuksessa käsitellään myös kroonisen haavan paikallishoitoprosessin vaiheet hoitotyön näkökulmasta yksityiskohtaisesti, haavapotilaan ravitseminen sekä haavan arvioiminen ja kirjaaminen sekä haavanhoitotuotteiden esittely.

Hyvä opinnäytetyön aihe yhdistää työelämän ja toimeksiantajan tarpeet sekä koulutusohjelman opiskelijan sisällön. Opinnäytetyön prosessin avulla opiskelija voi näyttää osaamista ja mahdollisesti myös työllistyy. Toimeksiannon pohjalta toteutettu opinnäytetyö lisää vastuuntuntoa, opettaa projektinhallintaa ja tukee ammatillista kasvua. (Vilka & Airaksinen 2003, 17.) Sairaanhoitajan opinnoissa haavanhoito on tullut esille lähinnä työharjoitteluissa, mutta opinnäytetyön tekijöiden kokemusten mukaan kroonisten haavojen hoitotilanteita tulee vastaan monenlaisissa hoitoympäristöissä. Opinnäytetyön aiheenvalintaan vaikutti tekijöiden oma kiinnostus ja tarve kehittää ammattitaitoa sekä toimeksiantajan tarve henkilökunnan ammattitaidon kehittämiseksi.

Toiminnallisten opinnäytetöiden toteuttamistavoille on yhteistä, että viestinnällisten ja visuaalisten keinojen avulla pyritään tilanteeseen, jossa päämäärät ovat tunnistettavissa. Kun toiminnalliseen osuuteen halutaan tekstiä, se on muokattava kohderyhmää palvelevaksi. Toteutustavan valintaa on pohdittava, jotta se palvelisi kohderyhmää. Tavoitteena on, että tuotos eroaisi aikaisimmista tuotoksista ja sen tulee olla käytettävässä muodossa kohderyhmän ympäristössä. Tuotoksen tulee myös olla selkeä, johdonmukainen, informatiivinen ja houkutteleva. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51–53). Koulutustilaisuuden järjestäminen oli tekijöiden mielestä perusteltua, koska laaja-alaisen asiasisällön omaksumista helpottaa, jos oppimiseen käytetään erilaisia toteutustapoja: visuaalista esitystä, kirjallista materiaalia sekä vuorovaikutuksellista keskustelua. Kohderyhmä, lähihoitajat, oli huomioitu avaamalla kaikki lääketieteelliset termit, ja koulutus haluttiin visuaalisesti selkeästi.

12.2 Kohderyhmä ja koulutuksen sisällön alkukartoitus

Opinnäytetyön kohderyhmän määrittäminen on tärkeää, koska koulutuksen sisältö ja sen rajaaminen määräytyvät kohderyhmän ja sen tarpeiden perusteella. Kohderyhmän ominaisuuksia ovat muun muassa sosioekonominen asema, ikä, koulutus ja ammattiasema. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38–40.) Toimintasuunnitelma aloitetaan kartoittamalla lähtötilanne ja lisäksi selvitetään, mitä vastaavia ideoita löytyy aiheesta valmiina. Kartoituksessa on tärkeää selvittää aiheen tarpeellisuus kohderyhmälle, löytyykö aiheesta lähdekirjallisuutta, tutkimuksia tai muita luotettavia lähteitä, sekä aiheen ajankohtaisuus. On myös syytä miettiä, millaisia taitoja ja valmiuksia työn tekijöillä itsellään on. Taustatietojen pohjalta täsmennetään lopullinen idea ja sen tavoitteet. Taustatietojen avulla tehdään työn rajaus ja pohditaan, mitä merkitystä aiheesta on kohderyhmälle. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26–27.)

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä oli asumispalveluyksikkö Kurjenpolven henkilökunta. Kurjenpolvi on yksi Honkalampi-säätiön yhdeksällä paikkakunnalla toimivista palvelukodeista. Säätiö tuottaa muun muassa ympärivuorokautista ja kodinomaista asumista ja palveluja kehitysvammaisille (Honkalampi-säätiö

2015a). Honkalampi-säätiön hallinto sijaitsee Joensuussa (Honkalampi-säätiö 2015b). Kurjenpolven toiminta on aloitettu vuonna 2006. Yksikkö sijaitsee Polvijärvellä. Asuntoja tässä yksikössä on kaksitoista ja ohjaajia yhdeksän. (Honkalampi-säätiö 2015c.) Koulutuksen painopiste oli haavahoidon yleisissä periaatteissa, koska kattava katsaus kroonisten haavojen hoitoon oli palvelukodin henkilökunnan toive. Palvelukodin asiakkaiden kroonisten haavojen hoidosta vastaa julkinen perusterveydenhuolto ja käytännön toteutusta tekevät palvelukodin työntekijät sairaanhoitajan ja lääkärin ohjeiden mukaisesti. Tästä syystä työstä rajattiin pois haavasidosten valinta, mutta koulutuksessa käsiteltiin kuitenkin haavasidosten valinnan ja merkityksen perusteet ja esiteltiin muutamia haavanhoitotuotteita.

Alkukartoituksessa (liite 4) selvitettiin henkilökunnan koulutustausta sekä aikaisempi koulutus kroonisten haavojen hoidosta. Alkukartoitukseen vastasi kahdeksan (8) työntekijää, joista seitsemällä on ammattinimikkeenä lähihoitaja. Yksi on vajaamielishoitaja/ ohjaaja ja yhdellä lähihoitajalla on myös sosionomin koulutus. Alkukartoituksessa sai merkitä rastilla haavanhoidon osa-alueet, joista koki tarvitsevänsä lisää tietoa. Aihealueet oli laadittu tietopohjan rungon mukaisesti. Tämän perusteella tehtiin aiheen rajausta ja lopullinen suunnitelma koulutuksessa painotettavista aihealueista. Kaikkiin kohtiin tuli muutamia rasteja, joten mitään aluetta ei jätetty kokonaan pois työstä. Koulutuksessa painotettiin enemmän niitä osa-alueita, jotka rastittiin lähes kaikissa vastauksissa. Näitä olivat haavatyypien luokittelu ja tunnistaminen, ravitsemuksen merkitys haavapotilaalle, haavanhoitotuotteiden valinta ja käyttö, haavanhoidon toteuttaminen, haavainfektion tunnistaminen ja hoito, haavanhoidon toteuttamisen arviointi ja kirjaaminen sekä päätöksenteko ja jatkohoitoon ohjaaminen.

Haavanhoitokoulutuksia on tehty opinnäytetyönä. Niihin perehtymällä saatiin tarkennettua omaa näkökulmaa tämän koulutuksen toteuttamiseen. Tämän opinnäytetyön koulutuksessa painotettiin haavanhoidon ja hoitotyön prosessiluonnetta enemmän kuin aiemmissa aiheita käsittelevissä opinnäytetöissä. Opinnäytetyön tekijät ovat kiinnostuneita haavanhoidosta ja ovat hakeutuneet sairaanhoitajakoulutuksen aikaisissa harjoitteluissa monenlaisiin haavanhoitotilanteisiin. Näin on saatu käytännön kokemusta haavojen hoidosta. Toinen opinnäytetyön

tekijöistä on opiskellut aiemmin opettajan ammatin ja toi sitä kautta pedagogista osaamistaan koulutuksen järjestämiseen, ja toinen on käynyt omaehtoisesti kolmen opintopisteen vapaavalintaisen kurssin kroonisten haavojen hoidosta.

12.3 Koulutustilaisuuden suunnitelma

Sosiaali- ja terveysministeriön esimiehille tehdyn kuntatutkimuksen mukaan tutkimukseen osallistujat kokivat, että yksiköissä on riittävästi (79 %) haavanhoito- ja haavatuoteosaamista. Suurin osa kyselyyn vastaajista kuitenkin toivoi haavanhoitotuotteiden lisäosaamista, koska tuotekehittely on nopeaa ja hoitotuotteita on paljon. Vastaajat kokivat haavanhoidon vaativaksi ja toivoivat lisäkoulutusta tuotteiden oikeasta käytöstä, haavan hoidon arvioinnista ja kirjaamisesta sekä jatkohoitoon ohjaamisen kriteereistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 12-13.) Toisen opinnäytetyön tekijöistä on ollut töissä Kurjenpolvessa. Jo tuolloin henkilökunnalla oli toive osallistua haavahoitokoulutukseen, koska työntekijät kokivat tarvitsevansa tietoa haavahoidon perusteista ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnista sekä kirjaamisesta. Kun opinnäytetyön tekeminen tuli ajankohtaiseksi, kysyttiin keväällä 2017 palvelukodin vastaavalta ohjaajalta, vieläkö koulutukselle olisi tarvetta. Sovittiin, että pidetään koulutustilaisuus opinnäytetyönä. Elokuussa sovittiin tarkemmin aiheen rajauksesta ja koulutustilaisuuden ajankohdasta ja sen perusteella laajennettiin vielä tietoperustaa. Palvelukodilla käytiin keskustelussa koulutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta palvelukodin vastaavan ohjaajan kanssa sekä oltiin yhteydessä myös puhelimitse.

Toimintasuunnitelmassa pohditaan, millaisin keinoin tavoitteet saavutetaan, mistä hankitaan tapahtumassa käytettävät tuotteet, sekä sisällön tieto ja materiaalit (Vilkkä & Airaksinen 2003, 27). Työ aloitettiin kokoamalla luotettavista lähteistä opinnäytetyön teoriaa. Samalla syvennettiin omaa tietämystä ja rajattiin aiheen mukaisesti opinnäytetyön sisältöä. Tietoperustaa hankittiin tekemällä hakuja Chinal- ja Medic-tietokantoihin, Käypä hoito- suosituksiin sekä Hoitotyön tutkimussäätiön HOTUS-tietokantaan. Suomenkielisinä hakusanoina olivat haava, alaraajahaava, krooninen haava, painehaava, haavanhoito, ravitsemus, kipu ja

kivunhoito eri sanayhdistelminä. Englanninkieliset hakusanat olivat wound, pressure injury, pressure sore, ja wound biofilm. Lähteitä opinnäytetyöhön löydettiin lisäksi Suomen haavanhoitoyhdistyksen sivuilta ja European Wound Management Assosiation (EWMA) -verkkosivuilta. Tietoperustan pohjalta koottiin Microsoft Office-pakettiin kuuluvalla sähköisellä esitysgrafiikkaohjelma PowerPointilla koulutusmateriaali materiaali (liite 5) esitystä varten. Ohjelma on suunnittelutyökalu, jonka avulla esityksistä voidaan tehdä visuaalisesti tekijän tarkoitusta palveleva esitys (Microsoft 2018). PowerPointin avulla koulutuksen asiasisältö tiivistettiin, jotta koulutusta olisi helpompi seurata. Esitystä laadittaessa päätettiin kohdentaa asiasisältöä tapausesimerkeillä ja laatia diat tietoperustan rungon mukaisesti.

Haavanhoitotuotteisiin tutustuttiin sairaanhoitajan opintoihin liittyvässä harjoittelussa Liperin terveystieteiden vuodeosastolla sekä kirjallisuuden avulla. Tuotteet valittiin Liperin terveystieteiden sairaalan haavanhoitajan suosittelun perusteella. Näytteet saatiin yritykseltä, jonka haavanhoitotuotteita myös Siun sote käyttää. Esittelytuotteiden valinta oli tarkoituksenmukainen, koska palvelukodin asukkaat kuuluvat Siun soten palvelualueeseen. Toinen opinnäytetyön tekijöistä tapasi tuote-esittelijän, ja sen jälkeen yhteydenpito sujui sähköpostin välityksellä. Koulutuksessa esiteltävät tuotteet valittiin tietoperustan mukaisesti, ja ne saatiin postitse.

12.4 Koulutustilaisuuden pedagogisuus

Kouluttamisen tavoitteena on edistää siihen osallistuvien henkilöiden oppimista. Oppimisella tarkoitetaan kykyä soveltaa tietoja ja taitoja käytännön tilanteissa ja tehdä asioita uudella tavalla. Motivaatiolla on suuri merkitys oppimiseen samoin kuin aiemmillä oppimiskokemuksilla ja kouluttajalla. (Mykrä & Hätönen 2010, 7.) Tässä opinnäytetyössä motivaatio koulutukseen on varmennettu kysymällä ja kartoittamalla koulutuksen tarve ja suunnittelemalla koulutus sen mukaisesti. Näin koulutukseen osallistuva henkilökunta on itse osallistunut sisällön painopisteen määrittelyyn, ja sisältö on laadittu vastaamaan kouluttavien tarpeita.

Opetuksen suunnittelussa on hyvä ottaa lähtökohdaksi tavoiteltu osaaminen. Tämän pohjalta opintojen aikainen toiminta suunnitellaan niin, että tavoitteiden saavuttaminen mahdollistuu. Suunnittelun keskiössä on opiskelijan, ei opettajan toiminta. (Hyppönen & Lindén 2009, 6.) Opinnäytetyön tekijät toimivat itseohjautuvasti opinnäytetyön pienryhmässä ja yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Opinnäytetyön tavoitteiden lisäksi henkilökohtaisena tavoitteena on lisätä myös opinnäytetyön tekijöiden omaa haavanhoidon osaamista ja kokemusta koulutuksen laatisemisesta. Tiedonhankinnan taitoja syvennettiin Karelia-ammattikorkeakoulun informaation tiedonhankinnan klinikkatunneilla. Näin varmistuttiin tietoperustassa käytettävien lähteiden soveltuvuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta.

Koulutuksen sisältö määräytyy tavoitteiden pohjalta, jotka tulee valita jo suunnitteluvaiheessa. Koulutukselle asetetut tavoitteet saavutetaan suunniteltuja aiheeseen soveltuvia opetusmenetelmiä käyttäen. Opetusmenetelmällä voidaan saada aktivoitua oppijat, mutta tätä tärkeämpää on kouluttajan arvostus oppijan osaamista ja näkemyksiä kohtaan. Hyvä kouluttaja osaa laatia mielenkiintoisen sisällön myös perinteisillä opetusmenetelmillä, kuten luennolla. Myös oppijat otetaan huomioon. Luennolla pyritään usein laajentamaan osallistujien tietopohjaa. Perinteisellä luennolla, jossa yleensä luennoija puhuu ja heijastaa dioja valkokankaalle, saadaan helpolla kuulijan ajattelu suunnattua haluttuun suuntaan. Yhden-suuntaista luentoa on raskasta kuunnella, ja kuulijan tarkkaavaisuus laskeekin jo 15–25 minuutin luennoinnin aikana. Luento ja pohdiskelevat jaksot kannattaa laittaa vuorottelemaan ajallisesti keskenään. Silloin kuulijan mielenkiinto pysyy paremmin asiassa ja hänestä tulee samalla aktiivinen tiedon käsittelijä. (Mykrä & Hätönen 2010, 7–9, 25.) Hyvä diaesitys ei ole esityksessä pääosassa, vaan tukee luentoa. Toimiva esitys on selkeä ja johdonmukainen. Sen alkudioissa voidaan esittää sisällys, joka on jäsennelty ja siitä on helppo erottaa, milloin siirrytään asiasta toiseen. Hyvä dia ei ole liian täynnä, vaan se antaa tilaa luennoijalle, ja kuulijalle. Yksi dia voi sisältää 1–3 asiakokonaisuutta tai 8–10 avainsanaa. Liian täydet diat tai liian suuri määrä dioja vie huomion luennoijalta ja silloin kontakti kuulijoihin katkeaa. Kuva kertoo enemmän kuin sanat. Liikkuvat kuvat voivat viedä kaiken huomion tekstiltä, ja siksi niitä tulisikin käyttää harkiten. Diojen vaihtumisen kannattaa tapahtua mahdollisimman yksinkertaisesti, ettei se vie huomiota

itse asiasta. Huomion voivat viedä väärään asiaan myös diojen tehosteet ja asiaan liittymättömät kuvat. (Kupias & Koski, 76–79.)

Opinnäytetyön PowerPoint-esitys (liite 5) tukee luentomuotoista esitystä, korostamalla tärkeimpiä asioita ja olemalla samalla luennoijalle tukena. PowerPoint-esityksen elävöittämiseksi käytettiin aiheeseen liittyviä ja sitä tukevia havainnollistavia kuvia, videoita ja konkreettisia tuotteita. Diat laadittiin taustaltaan samankaltaisiksi ja tekstin määrä pidettiin lyhyenä ja tiiviinä. Diat suunniteltiin vaihtumaan koko esityksen ajan samalla tavalla. Ennen koulutustilaisuutta laadittiin sekuntikellon kanssa esityssuunnitelma ja testattiin, kuinka paljon aikaa yksittäiset diat ja asiakokonaisuudet vievät. Esityksen kestoksi arvioitiin kokonaisuudessaan noin kolme tuntia.

Luennon alussa on hyvä täsmentää sen tavoite ja ydinsanoma kuulijoille. Tavoitteen tulisi olla mielekäs ja kohderyhmälle suunniteltu, jotta oppiminen olisi kiinnostavampaa ja helpompaa. Ihminen oppii kokonaisuuksia paremmin kuin yksittäisiä asioita. Tämän vuoksi luento olisi hyvä koostua erilaisista kokonaisuuksista, jotka nivoutuvat yhteen. (Mykrä & Hätönen 2010, 27.) Kokonaisuuden ymmärtämiseksi tässä koulutuksessa esiteltiin aluksi sisällysluettelo koulutuksen rakenteesta. Asiakokonaisuuksien lopuksi laadittiin kokoavat diat, joissa on alueen ydinasia tai ydinlause yhdistettynä kuvaan. Asiakokonaisuuksiin valittiin näyttöön perustuvia videoituja hoitotilanteita havainnollistamaan asiasisältöä.

Koulutuksen aikana kouluttaja käyttää suunniteltuja opetusmenetelmiä, mutta hän voi myös spontaanisti tilanteen mukaan soveltaa muitakin opetusmenetelmiä kuten havainnollistamista aiheeseen sopivalla tavalla, pelkistämällä tai konkretisoimalla asioita. Koulutuksen jälkeen on hyvä kerätä arviointia ja palautetta. Tämän tulisi kohdistua koulutusprosessiin ja siihen, miten opiskelijat ovat oppineet ja uskovatko he soveltavansa oppimaansa käytäntöön. (Mykrä & Hätönen 2010, 8.) Opinnäytetyön tekijöiden omat kokemukset haavanhoitotyöstä olivat esimerkkejä, joita käytettiin mielenkiinnon ylläpitämisessä. Palautetta varten laadittiin lomake (liite 6), jotta opinnäytetyön tekijät voivat arvioida koulutuksen onnistumista.

12.5 Koulutuksen toteutus

Koulutus toteutettiin Polvijärvellä palvelukoti Kurjenpolven tiloissa. Luentomuotoisessa esityksessä käytettiin apuna tietokoneen näytöltä katsottavia PowerPoint-dioja, kaksi haavanhoitoon liittyvää videota ja konkreettisia haavanhoitotuotteita. Tilaisuuteen osallistui kuusi (6) hoitokodin ohjaajaa. Tilaisuuden aluksi jaettiin osallistujille tulostetut materiaalit dioista helpottamaan koulutukseen osallistumista. Tarkoituksena oli käyttää palvelukodin pöytätietokonetta ja näyttää esitys seinällä olevan taulutelevision kautta. Palvelukodin laitteet yhdistävä kaapeli oli kadoksissa, joten asian ratkaistiin niin, että henkilökunta istui sohvalla ja pöytätietokoneen näyttö käännettiin heitä kohti, jolloin osallistujat pystyivät seuraamaan omien tulosteiden ja diaesityksen avulla koulutusta. Toisella koulutuksen pitäjistä oli kurkku kipeänä ja oli vaikea saada ääntä kuuluviin. Tilanne ratkaistiin niin, että toinen kouluttajista selosti diojen aiheet ja toinen huolehti diojen vaihtumisesta sekä täydensi ja täsmensi sisällön aina ennen aiheen vaihtumista.

Koulutuksen rungon esittelyn yhteydessä kyseltiin osallistujien odotuksia koulutuksesta, mutta niitä ei juurikaan tullut esiin. Osallistujia kehoitettiin myös kysymään aina, jos jokin asia tarvitsisi täsmennystä tai tarkempaa kuvausta. Koulutus jaoteltiin sisällöllisesti taustaosioon ja ydinosaan, jotka muodostivat koulutuksen rungon. Jokaisen rungon pienemmän osa-alueen alussa kerrottiin, mitkä ovat koulutettavien kannalta kyseisen osa-alueen keskeiset asiat. Osa-alueiden lopuksi tiivistettiin asia muutamalla täsmällisellä ydinlauseella ja pyrittiin saamaan keskustelua. Kävi ilmi, että koulutuksen sisällössä oli paljon uutta ja syventävää tietoa, joten keskustelua tuli vain muutamasta osa-alueesta. Niitä olivat biofilmi, potilaan oikeudet maksuttomiin tarvikkeisiin sekä kirjaaminen ja dokumentointi. Mielenkiintoa pidettiin yllä pienillä kysymyksillä aiheesta ja tapausesimerkeillä opinnäytetyöntekijöiden harjoitteluista tai hoitokodin asukkaista. Esimerkkinä olevat tapaukset käsiteltiin niin, että tietosuoja säilytettiin ja henkilöt eivät paljastuneet.

Johdanto-osuuden aikana laskimohaavojen käsittelyn jälkeen katsottiin YouTubeista video, jossa tehdään komprimoiva (puristava) sidos jalkaan. Ennen videon

katsomista kerrottiin, että videossa kannattaa kiinnittää huomiota sidostekniikkaan. Pieni jaloittelutauko pidettiin, kun sisällöstä oli käyty taustaan liittyvä osuus. Se tuli ajallisesti hyvään aikaan eli alusta noin 45 minuuttiin. Toinen video YouTubesta näytettiin haavan puhdistamisesta kertovan osion jälkeen. Videossa oli haavan mekaanista puhdistamista kyretillä. Tätä videota ennen pyydettiin koulutettavia katsomaan kyretin asentoa ja mekaanisessa puhdistamisessa käytettävää voimaa. Pyydettiin myös huomioimaan ja pohtimaan luentoaineistoa ajatellen, kuinka paljon saatiin katetta pois haavalta ja miltä puhdistettu haavapinta näyttää.

Dokumentoinnin ja kirjaamisen osasta käytiin paljon keskustelua. Teoriaosuudessa kirjaamista käsiteltiin rakenteisen kirjaamisen näkökulmasta. Kurjenpolven potilastietojärjestelmä ei mahdollista rakenteista kirjaamista. Pohdittiin yhdessä, kuinka voi kirjata niin, että lukija ymmärtää kaiken samalla tavalla kuin kirjoittaja on tarkoittanut. Pohdittiin myös valokuvien hyötyä aiheeseen liittyvään tutkimustietoon pohjautuen. PowerPoint-esityksen loputtua laitettiin haavanhoitotuotteita kiertämään ja kerrottiin niiden toimintamekanismista. Samalla näytettiin internetistä kaksi tapausesimerkkiä, kuinka haavanhoitotuotteet ovat auttaneet haavan paranemisessa.

Koulutuksen lopuksi keskusteltiin vielä haavanhoitoon liittyvästä päätöksenteosta sekä haavanhoidon prosessiluonteesta. Opinnäytetyön osana tehtävä kirjallinen raportti luvattiin toimittaa hoitokotiin hyödynnettäväksi, koska raportissa on asiakokonaisuudet käsitelty perusteellisemmin. Raportista voi kerrata, tarkistaa ja syventää koulutuksessa käytyjä asioita hoitotilanteiden yhteydessä. Nekin työntekijät, jotka eivät päässeet paikalle, saavat opetuksessa annettua tietoa kirjallisen raportin ja tulostetut diat luettuaan. Esityksen jälkeen tehtiin kirjallinen palautekysely (liite 6) koulutukseen osallistuvalla hoitohenkilökunnalle. Siihen vastaaminen oli vapaaehtoista. Pyysimme myös suullista palautetta koulutuksen sisällöstä ja toteutuksesta.

13 Pohdinta

13.1 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuutta voidaan arvioida toiminnallisessa opinnäytetyössä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä hyödyntäen (Karelia-ammattikorkeakoulu & Opinnäytetyöryhmä 2016). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että sekä tutkimus että tulokset ovat uskottavia, ja nämä molemmat asiat on voitu osoittaa tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijän tulee varmistaa, että siihen osallistuneiden henkilöiden käsitys tutkimuskohteesta vastaa tutkimustuloksia. Keskustelu osallistujien kanssa tutkimustuloksista vahvistaa uskottavuutta. Muistiinpanoihin ja tutkimuspäiväkirjaan tutkija kirjaa kokemuksia ja valintoja, joita hän pystyy hyödyntämään kirjoittaessaan raporttia. Uskottavuutta vahvistaa myös keskustelu toisten kyseistä ilmiötä tutkivien henkilöiden kanssa. Triangulaation avulla ilmiötä lähestytään eri näkökulmista, koska laadullisen tutkimuksen näkökulmasta ilmiöt ovat moninaisia. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.) Uskottavuutta ja vahvistettavuutta tässä opinnäytetyössä tukee haavanhoitokoulutuksen laatiminen uusimpia käytäntöjä mukaillen. Opinnäytetyöhön käytetty lähdeaineisto on näyttöön perustuvaa. Koulutusta suunniteltaessa perehdyttiin tämän hetken hyviin käytäntöihin haavanhoidossa. Suunniteltua koulutusta verrattiin muihin samasta aiheesta tehtyihin koulutuksiin ja todettiin, että samat asiat tulevat kaikissa esille. Koulutusrunгон sisältö näytettiin myös haavanhoitajalle, joka tarkisti, että mukana ovat kaikki oleelliset aihealueet. Monipuolinen näkökulma haavanhoitoon varmistettiin osallistumalla opinnäytetyön ohjaukseen, keskustelemalla aiheesta haavanhoitajan kanssa työssäoppimisjaksolla ja keskustelemalla palvelukodin henkilökunnan ja esimiehen kanssa.

Vahvistettavuus kattaa koko tutkimusprosessin, ja koko prosessin kulku tulee kirjata niin, että prosessin kulkua voi toinen tutkija seurata pääpiirteittäin. Vahvistettavuuden kriteerin tekee ongelmalliseksi se, että kukin tutkija voi päätyä aineiston perusteella erilaiseen tulkintaan. Laadullisessa tutkimuksessa tämä mahdolli-

suus hyväksytään, koska erilaiset tulkinnat kohteesta lisäävät ymmärrystä aiheesta. Laadullisen terveystutkimuksen lähtökohta on usein alussa avoin, ja se tarkentuu suunnitelman edetessä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön tekijöillä oli tarkoituksena pitää harjoituskoulutus lähihoitajalle sisällön ymmärrettävyyden varmistamiseksi, mutta tämä peruuntui sairaustapauksen vuoksi. Harjoittelu olisi mahdollistanut rakenteen ja sisällön viimeistelyn ja sisällön tarkentamisen sekä tuonut kouluttajille varmuutta. Muistiinpanoja tehtiin koko prosessin ajalta päiväkirjamaisesti. Niihin kirjattiin suunnitelmat, tapahtunut toiminta, toiminnan eteneminen ja sovitut asiat. Koulutuksen sisällöllinen painotus tarkentui työn edetessä opiskelijoiden oman tietopääoman ja kokemuksen karttuessa.

Reflektiivisyyden arvioinnissa tulee huomioida, kuinka tekijä vaikuttaa tutkimusprosessiin ja aineistoon. Reflektiivisyys edellyttää tekijän omien lähtökohtien tiedostamista. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyöntekijät kartoittivat omaa osaamistaan opinnäytetyön aiheen selvittyä. Koulutuksen sisällön laatimisessa hyödynnettiin sairaanhoitajan opintoihin liittyvien harjoittelujen kautta tulevaa tietoa ja kokemusta sekä koulutustilaisuuksia. Näkökulmaa haavanhoitoon palvelukodissa saatiin myös siitä, että toinen opinnäytetyön tekijöistä on aikaisemmin tehnyt haavanhoitotyötä kyseisessä palvelukodissa ollessaan siellä työntekijänä. Opinnäytetyötä tehtäessä huomioitiin kuitenkin koko palvelukodin henkilökunnan koulutuksen tarve kyselyllä, jotta koulutus vastaisi kyseisen hetken tarpeita. Työkokemusta palvelukodilla voitiin hyödyntää esimerkkien ja painotusten pohdinnassa koulutusta laadittaessa.

Siirrettävyys laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tulokset voidaan siirtää muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen osallistujien ja ympäristön kuvaus tulee tehdä niin, että lukija voi myös arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä opinnäytetyössä siirrettävyys on huomioitu siten, että opinnäytetyön tietoperustan ja koulutuksen laatimisessa on huomioitu haavanhoidon laaja-alaisuus aiheena ja yleismaailmallisena ilmiönä. Siirrettävyyttä tukee kansainvälisten lähteiden käyttö, erityisesti EWMA:n (European Wound Management Association) laatimat suositukset. Laadittu koulutus oli kohdennettu esimerkkien avulla kohdeyleisölle, mutta muutoin hyödynnettävissä myös muille

palvelukodeille. Vaikka kyseessä oli kehitysvammaisten asumisyksikkö, kehitysvammaisuus ei ollut koulutussisälössä mukana hoidollisena näkökulmana. Opinnäytetyön tekijöiden kokemuksen mukaan kehitysvammaisten ikääntyvien haavanhoito ei poikkea muun ikääntyvän väestön hoidosta.

Haastattelemalla saatua tietoa käytetään opinnäytetyön lähdeaineistona. Konsultaatiota ovat sellaiset haastattelut, joissa asiantuntijoilta tarkistetaan ja kerätään faktatietoa. Konsultaatioaineistot ilmoitetaan opinnäytetyön raportissa. Ne lisäävät osuuden luotettavuutta huolellisesti tehdyn lähdeluettelon kanssa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 58.) Toinen opinnäytetyön tekijöistä teki ikäosaamisen harjoittelun Liperin terveystieteiden keskuksessa ja tarkistutti opinnäytetyön rungon osaston haavanhoitajalla. Näin on varmistettu, että asiasisältö on tarkoituksenmukainen ja kattava. Haavanhoitajalta saatiin myös neuvoja esiteltävien haavanhoitotuotteiden valintaan sekä käytännön vinkkejä käytännön haavanhoidon osuuteen. Tietoperustassa käytettävien artikkelien sopivuudesta keskusteltiin Karelia-ammattikorkeakoulun informaattikon kanssa ja näin varmistettiin lähteiden tarkoituksenmukaisuus ja luotettavuus.

Tutkimusta ja sen luotettavuutta ei voida erottaa toisistaan. Tutkijan on arvioitava luotettavuutta jokaisen valintansa kohdalla. Hänen on pystyttävä perustelemaan jokaisen valintansa ratkaisut ja sen, miten niihin on päädytty. Tutkimuksen läpinäkyvyys kuuluu tutkimuksen tekemisen etiikkaan. (Vilkkä 2015, 196–198.) Lähdeaineistoa arvioitaessa on hyvä huomioida sen tunnettuus, ikä, laatu, uskotavuuden aste, tiedonlähteen auktoriteetti, ensisijaisuus ja alkuperäisyys. Tärkeintä ei ole lähteiden määrä vaan niiden laatu ja soveltuvuus aiheeseen. Tietoperustaan ja työn viitekehykseen hankitaan tietoja eri lähteistä. Tiedon keruusta osa voi suuntautua kirjallisuuteen ja osa internetiin. Tietoja voi kerätä myös lehtien, raporttien, lausuntojen ja haastattelujen pohjalta, kunhan huomioi lähdekritiikin. Tieto tulee selvittää tekstistä täsmällisesti sekä yksiselitteisesti ja tiedon lähde täytyy merkitä tarkasti. Epäselvät ja puutteelliset viittaukset ovat plagiointia. Plagiointi tarkoittaa, että käyttää omissa nimissään jonkun muun tekijän ajatuksia, ilmaisuja tai tuloksia. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 70, 72-76, 78.)

Tietopohjan luotettavuutta ja eettisyyttä on varmistettu sillä, että käytetty aineisto sisältää konsensusmietintöjä, vertaisarvioituja artikkeleja, tutkimuksia ja hoitosuosituksia. Tietoperustaan on etsitty mahdollisimman uutta ja näyttöön perustuvaa lähdeaineistoa, mutta haasteena on ollut löytää tutkimusten alkuperäinen julkaisu. Opinnäytetyössä käytettiin paljon Haavanhoidon periaatteet-kirjan artikkeleja, koska huomattiin, että se on tällä hetkellä kattavin haavanhoitoa käsittelevä teos Suomessa ja sen artikkeleihin on usein viitattu suomalaisissa haavanhoitoon liittyvissä tutkimuksissa. Tietopohjan karttuessa havaittiin, että tutkimustieto on sirpaleista ja hajanaista aiheen luonteesta johtuen. Tietoperustan laatimisessa jouduttiin myös tyytymään alkuperäisten tutkimusartikkelien lisäksi vertaisarvioituihin tieteellisiin artikkeleihin, koska aika työn tekemiseen on rajallinen ja jokaisen tutkimuksen käyttöön saaminen vie kohtuuttomasti aikaa. Opinnäytetyön lähdeviitteet merkittiin tarkasti ja suoria lainauksia vältettiin lukuun ottamatta lakiin viittaamista. Tekstin referointi tehtiin niin, ettei asian sisältö muuttunut. Tutkimuksen läpinäkyvyyttä kuvastaa se, että kaikki tieto voidaan etsiä helposti omista lähteistään lähdemerkintöjen avulla.

Hoitotieteen eettisten periaatteiden mukaan jo aiheen valinta on eettinen valinta. Aiheen tulee kartuttaa hoitotieteen perustaa, ja pelkkä oma mielenkiinto ei ole tutkimuksen aloittamiselle riittävä peruste. Aiheen valinnan yhteydessä on pohdittava myös tuotettavan tiedon merkitystä yhteiskunnan ja tieteenalan kannalta, ja työstä tulee olla hyötyä kanssaihmisille. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Tämän opinnäytetyön sisältö ja aiheen rajausta on laadittu toimeksiantajan kanssa yhteistyössä vastaamaan palvelukodin henkilökunnan ammatillisia tarpeita. Koulutus hyödytti henkilökuntaa antamalla valmiuksia hoitotyöhön ja palvelukodin asukkaita saamaan entistä ammattitaitoisempaa hoitoa. Palvelukodin asukkaat ovat kehitysvammaisia ja itsessään haavoittuva ihmisryhmä, jolloin hoitotyön laadun merkitys korostuu opinnäytetyön tekijöiden mielestä.

Tutkimusetiikka, eli hyvän käytännön noudattaminen, on yhteydessä monella tavoin tutkimuksen tekemiseen. Tämä tarkoittaa muun muassa tutkijoiden rehellisyyttä ja sitä, että käytetään tiedonhankinnassa sellaisia lähteitä, jotka ovat sillä alalla arvostettuja. Hyvät lähdeviittaukset ovat osa eettisyyttä. Eettisyyteen kuuluu myös tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti, jolloin tutkittavien tietoja ei

voida yhdistää vastaajaan eikä niitä luovuteta ulkopuolisille (Vilkkä 2015, 41-42, 44, 46). Opinnäytetyön lähteet merkittiin rehellisesti, eikä niitä muunneltu oman mielen mukaan. Opinnäytetyössä toteutettiin pienimuotoiset kyselyt alkukartoituksessa ja kerättiin koulutuksen jälkeen palautetta. Niihin vastaaminen oli vapaaehtoista, ja vastaaminen tapahtui anonyymisti, eikä vastauksia näytetty ulkopuolisille. Alkukartoituksella (liite 4) varmistettiin, että koulutuksen sisältö vastaa toimeksiantajan ja henkilökunnan tarpeita ja toiveita. Palautekyselyllä haettiin palautetta koulutus tilaisuuden onnistumisesta. Lahjoituksena saatujen tuotteiden esittelyssä tuotiin esille, että opinnäytetyön tekijöillä ei ole sidonnaisuuksia kyseiseen yritykseen. Kerrottiin, että tuote-esittelyyn valitut materiaalit ovat käytössä kyseisen palvelukodin sairaanhoitopiirin alueella, joten valinta oli perusteltavissa. Kerrottiin myös, että tutkimustiedon perusteella eri haavanhoitotuotteiden välisiä eroja paremmuudesta ei ole voitu osoittaa.

Opinnäytetyössä käytettiin kuvia ja videoita havainnollistamaan esitystä. Tekijänoikeuslain mukaan tekijänoikeus on sillä, joka on tehnyt kirjallisen tai taiteellisen teoksen. Esimerkiksi valokuvateoksella tai muulla kuvataiteellisella teoksella on tekijänoikeuslain mukainen suoja. Julkaistuja teoksia saa kuitenkin käyttää tekstiin liittyviä kuvia arvostelemaan tai tieteelliseen esitykseen. Tällaisessa tekstissä tai esityksessä tekstin tulee olla pääasia, ja kuvan tulee olla tekstiä valaiseva. (Tekijänoikeuslaki 404/1961, 18. §). Tähän opinnäytetyöhön saatiin lupa Suomen haavanhoitoyhdistykseltä materiaalien käyttöön, mikäli lähdeviitteet on asianmukaisesti merkitty. Käypä hoito -suositusten sivuilta löytyvät kuvat ovat peräisin useilta tekijöiltä ja järjestöiltä, joiden yhteyshenkilöille ei löytynyt puhelinnumeroa tai sähköpostia. Asia ratkaistiin niin, että koulutuksessa yleisölle näytettyjä Käypä hoito -suositusten kuvia ei liitetty kirjalliseen osuuteen. Käypä hoito -suositusten kaupallinen hyödyntäminen on kielletty, mutta muu käyttö ja linkittäminen on sallittu, kun viittaukset tehdään asianmukaisesti (Käypä Hoito 2016).

13.2 Tarkastelu ja arviointi

Toiminnallisen opinnäytetyön arviointi on osa oppimisprosessia. Arvioinnin ensimmäisenä kohteena on työn aihe, joka sisältä idean ja ongelman kuvauksen,

opinnäytetyölle asetetut tavoitteet, teoreettisen viitekehyksen sekä tietoperustan ja kohderyhmän, jolle työ tehdään. On hyvä pohtia, jäikö jokin tavoite saavuttamatta, ja miksi, tai muuttuiko jokin tavoite opinnäytetyöprosessin aikana. Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä joudutaan tekemään yksilöllisiä ratkaisuja ja perustelemaan niitä tietoperustan pohjalta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154–155.) Opinnäytetyön aihe oli alusta asti opinnäytetyöntekijöille mielekäs ja mielenkiintoinen. Aihe oli selkeä, vaikka varsin laaja ja rajaamista jouduttiin tekemään aika paljon. Rajaamisessa jätettiin haavanhoitotuotteet lähes kokonaan esittelemättä, koska tuotteita on paljon. Samoin painehaavoista käytiin läpi vain yleiset hoitoperiaatteet. Tuotoksena pidetty koulutustilaisuus oli tarpeellinen kohderyhmälle, koska palvelukodin henkilökunta ei ollut aikaisemmin osallistunut haavanhoitokoulutukseen. Työssään henkilökunta on kohdannut haavanhoitotilanteita, joissa perusteellisempi tieto haavanhoidosta olisi ollut hyödyllistä. Koulutustilaisuuden aikana käydyssä keskustelussa kävi ilmi, että uutta asiaa tässä koulutuksessa oli paljon ja painehaavariskin arviointiin käytettävästä Braden-mittarista olisi tarvittu laajempi tietoperusta ja enemmän käsittelyaikaa sen esittelyä varten, koska aihe selvästi herätti keskustelua. Painehaavat kroonisten haavojen ryhmänä on laaja asiakokonaisuus, mutta tässä esityksessä se käytiin läpi lyhyesti yhtenä kroonisenä haavatyypinä.

Oman arvioinnin tueksi on mielekästä kerätä kohdejoukolta palaute, jossa kysytään tavoitteiden saavuttamisesta, tapahtuman onnistumisesta, visuaalisesta ilmeestä, luettavuudesta ja tietojen käytettävyydestä kohdejoukon toiminnassa. Opinnäytetyön tulee olla ammatillisesti kiinnostava ja merkittävä kohderyhmälle. Kirjallista palautetta voi pyytää myös työn ammatillisen puolen innovatiivisuudesta, oivaltamisesta ja ammatillisesti kehittävästä lopputuloksesta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157.) Opinnäytetyö on tekijöidensä mielestä ja saadun palautteen perusteella hyödyllinen kohderyhmälleen. Opinnäytetyön osana pidetty koulutus oli laadittu koulutettavien tarpeiden perusteella. Aiheen rajaaminen oli perusteltu. Saatua suullista ja kirjallista palautetta olivat myönteisiä. Toteutettua koulutusta arvioitiin suullisen ja kirjallisen palautteen perusteella ja reflektointiin palautetta opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtaisiin kokemuksiin toteutuksesta. Suullisena palautteena saatiin heti koulutustilaisuuden jälkeen ”Paras koulutus pitkään aikaan” -kommentti. Tämä kuvaa aiheen tärkeyttä kohdejoukolle ja koulutustilaisuuden

onnistumista. Kirjallisessa palautteessa suurin osa oli rastinut kyllä-osioon kaikki vastauksensa. Vain yksi rasti oli kyllä- ja en osaa sanoa- osioiden välissä - osaatko kirjata tekemäsi haavanhoidon - kohdasta. Haavanhoidon kirjaamisen osuus oli opinnäytetyön tekijöille haasteellisin osuus, koska rakenteisen kirjaamisen periaatteita ei voi suoraan siirtää Kurjenpolven palvelukodin käyttämän Hilkkajärjestelmään. Kirjaamista ja dokumentointia pohdittiin yhdessä myös keskustelemalla. Koulutuksessa käsiteltiin varsinaista kirjaamista enemmän kuvallista dokumentaatioita kohderyhmän ottaessa asian puheeksi.

Toinen arvioinnin kohde on työn toteutustapa, johon kuuluvat aineiston kerääminen ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuvailaan keinoja, miten päädyttiin tapahtuman muotoon sekä tiedonhankinnan ja faktojen tarkastamiseksi tehty selvitys. Pohditaan kriittisesti selvityksen tekemisen järkevyyttä ja onnistuiko se tai olisiko sen voinut toteuttaa jollakin muulla tavalla. Pohditaan myös käytännön järjestelyiden onnistumista ja arvioidaan käytettyjä materiaaleja. Arvioinnissa pohditaan myös lähdekirjallisuuden laadukkuutta ja konsultaatioiden hyödyllisyyttä sekä mietitään mitä sisällöstä jäi puuttumaan. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157–159.) Opinnäytetyön tekijöiden mielestä koulutus on mielekäs tapa oppia haavanhoitoa aiheen laajuuden vuoksi. Oppimista tukevat kirjallinen materiaali, esitysgrafiikka, videot sekä konkreettiset tuotteet. Opinnäytetyön tekovaiheen aikana tarkastutettiin opinnäytetyön teoriaosuuden sisältö auktorisoidulla haavanhoitajalla. Hänen mukaansa sieltä löytyi kaikki tarvittava haavanhoitokoulutusta varten. Mietittäessä haavanhoitokoulutuksen muotoa todettiin, että asiaa on paljon. Pohdinnan tuloksena todettiin, että kuulijan on helpompi sisäistää koulutuksen sisältöä, jos hänelle näytetään osa faktoista kirjallisena. Tämä tukee myös visuaalisesti oppivia enemmän. Näistä syistä päädyttiin esitysgrafiikkaohjelman käyttöön. Koulutukseen haluttiin havainnollistusta tekstin lisäksi ja siksi mukaan otettiin kuvia, videoita ja konkreettisia haavanhoitotuotteita. Käytännön järjestelyille varattiin aikaa ennen esitystä, mutta sitä olisi tarvittu enemmän, koska käyttöön luvatut laitteet eivät toimineetkaan odotetulla tavalla. Tietokoneen näyttöä ei saatu näkymään television ruudulla, koska yhdistävä kaapeli oli hukassa. Onneksi koulutettavia oli sen verran vähän, että pärjättiin pelkällä tietokoneen näy-

töllä. Jokaiselle jaetut tulostetut diat auttoivat myös seuraamisessa. Tekniset laitteet olisi hyvä käydä tarkistamassa esitystä edellisenä päivänä toimivuuden varmistamiseksi, jos vain mahdollista.

Kolmantena arvioinnin kohteena on opinnäytetyöprosessin raportointi ja kieliasu. Pohditaan, onko opinnäytetyö johdonmukainen ja vakuuttava. Kohderyhmältä voi pyytää palautteessa kommentteja koulutuksen ymmärrettävyydestä. Opinnäytetyön tekemisellä on tarkoitus osoittaa kykyä teoreettisen tiedon ja käytännön taitojen yhdistämiseen siten, että tiedosta on hyötyä alan ihmisille. Opinnäytetyöprosessi harjoittaa ajanhallintaa, kokonaisuuksien hallintaa, työelämän kehittämistä, yhteistyötä sekä kirjallista ja suullista ilmaisua. Tämä kaikki on osa ammatillista kasvua. On hyvä pohtia, mihin suuntaan omaa ammatillista kasvua tulisi kehittää. Tuotosta tulee arvioida kriittisesti sen idean, tavoitteiden saavuttamisen, sisällön ja toimivuuden kannalta kohderyhmän näkökulmasta katsottuna. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 159–161.) Produktina pidetty koulutus osoitti tekijöiden hakeen tietoa ja ymmärtäneen sen, koska he pystyivät selittämään kysyttäviä asioita ja liittämään sen kerättyyn tietoon. Koulutuksessa myös välitettiin paljon tietoa alan ihmisille, jotka pystyvät hyödyntämään sitä jatkossa työssään. Koulutuksen suunnittelu ja harjoittelu vaativat toimivaa aikataulua. Koulutusta edeltävänä päivänä koulutus käytiin läpi sekuntikellon kanssa ja laadittiin aikataulurunko. Rungossa varattiin aikaa myös mahdollisille muutoksille ja syntyvälle keskustelulle. Koulutuksen aikataulu piti hyvin ja tauko pidettiin suunnitellussa välissä ajallaan. Myös loppuun jäi sopivasti aikaa keskustella aiheesta. Opinnäytetyön tietoperustan ja koulutuksen rakenteeseen olisi koulutuksen pitämisestä saadun kokemuksen perusteella ollut hyvä tehdä muutoksia. Luvut yhdeksän ja kymmenen olisi syytä käsitellä eri järjestyksessä, samoin alaluvut 8,4 ja 8,5.

13.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyö toteutettiin syyslukukaudella 2017 ja kevätlukukaudella 2018. Syyskuussa aloitettiin tietopohjan ja tausta-aineiston kerääminen. Tämä opinnäytetyö on ollut mielenkiintoinen oppimisprosessi. Sen tekeminen on opettanut ha-

kemaan tietoa monenlaisista lähteistä ja arvioimaan löytyneen tiedon käyttökelpoisuutta ja laadukkuutta. Kirjallisen työn tekeminen on ollut välillä työlästä ja hidasta, vaikka tekstiä onkin syntynyt paljon. Ylimääräisen ja epäoleellisen tekstin huomaaminen ja sen karsiminen on ollut vaikeaa. Pienryhmätapaamiset opettajien ja toisten opinnäytetyöntekijöiden kanssa ovat olleet joskus hyvinkin hyödyllisiä, mutta toisinaan on tuntunut, että aika menee niissä hukkaan, koska omaa työtä ei ole ollut käsiteltävänä. Pienryhmät ovat auttaneet aikatauluttamaan opinnäytetyötä, kun aina seuraavaan tapaamiseen asetettujen on itse asetettu tavoitteita. Tämä on osaltaan auttanut työtä etenemään, mutta osaltaan hidastanut. Koulutuksen suunnittelun olisi voinut aloittaa paljon aiemmin. Tämä opinnäytetyö ei ole aiheuttanut tekijöilleen kustannuksia. Tarvittavat materiaalit saatiin sponsorituna.

Marraskuussa 2017 suunniteltiin ja valmisteltiin varsinaisen opetusmateriaali ja koulutustilaisuus yksityiskohtaisesti. Alkuperäisen suunnitelman mukaan koulutuspäivä sovittiin lokakuun loppuun, mutta aika ei riittänyt, koska tietoperustan kokoaminen vei oletettua enemmän aikaa. Sovittiin toimeksiantajan kanssa, että joulukuun 15. päivä toteutetaan varsinainen koulutus Kurjenpolven henkilökunnalle. Koulutusta laatiessa huomattiin, että huolella laaditun tietoperustan pohjalta esityksen koostaminen oli helppoa. Aika koulutuksen toteuttamisen odotteiluun jäi yllättävän paljon, ja motivaatio kärsi tästä. Toteutuksen jälkeen vuoden vaihteessa muokattiin kirjallista osuutta ja kirjoitettiin raporttia, joka palautettiin seminaaria varten tarkastukseen tammikuun alussa 2018. Seminaariin osallistuttiin helmikuussa 2018.

Opinnäytetyöprosessi kehittää ajanhallintaa, kokonaisuuksien hallintaa, työelämän kehittämistä, yhteistyötä sekä kirjallista ja suullista ilmaisua. Tämä kaikki on osa ammatillista kasvua. On hyvä pohtia mihin suuntaan omaa ammatillista kasvua tulisi kehittää. (Vilkka & Airaksinen 2003, 159–161.) Aikataulut on ollut edellytys opinnäytetyön etenemiselle. Molemmilla tekijöistä on isot perheet ja sairanhoidajan opintojen muita kursseja on ollut suoritettavana samanaikaisesti, joten työmäärä on ollut suuri. Yhteistyö opinnäytetyön toimeksiantajan kanssa on ollut hyvää ja se on kannustanut tekemään työtä huolella. Aikataulut on pitänyt

koko projektin aikana lukuun ottamatta koulutuspäivän siirtämistä lokakuulta joulukuulle. Tuotoksen tarpeellisuus on motivoinut tekijöitä ja hoitokodille aiemmin suunniteltu ja opinnäytetyön vuoksi peruttu ammattikouluttajalta tilattava haavanhoitokoulutus on asettanut opinnäytetyön tekijöille painetta tehdä mahdollisimman kattava ja hyvä koulutus. Opinnäytetyötä tekemällä tekijät kokevat saaneensa itse valmiuksia ja varmuutta haavanhoidon toteuttamiseen, arviointiin, kirjaamiseen ja ennaltaehkäisyyn. Koulutuksen jälkeen saatu suullinen ja kirjallinen palaute on ollut mukavaa kuultavaa. Kirjallisen raportin työstäminen on herättänyt vaihtelevia tunteita. Onneksi useimmiten toinen opinnäytetyön tekijä on aina ollut positiivisella ja kannustavalla asenteella ja antanut toisellekin voimia tai tarvittaessa hengähdysaikaa. Tekijät ovat osallistuneet tasapuolisesti opinnäytetyön tekemiseen, ja molemmat ovat tyytyväisiä lopputulokseen.

13.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehittämisideat

Hoitokodin henkilökunta voi heti koulutuksen jälkeen hyödyntää saamaansa tietoa käytännön tilanteissa, ja palvelukodille toimitettava raportti sisältää lähteitä, joista uusin ja luotettava tieto haavanhoidosta löytyy. Koulutus voidaan toistaa eri hoitokodeissa, mutta sisältöön olisi hyvä tehdä pieniä muutoksia, koska sisältö on ”räätälöity” Kurjenpolven henkilökunnan tarpeita vastaavaksi. Koulutustilaisuudesta saadun kokemuksen ja kerätyn palautteen perusteella koulutuksen rakenteeseen tehtäisiin muutoksia. Koulutustilaisuuden jälkeen keskustelussa palvelukodin vastaavan ohjaajan kanssa esiin tuli ajatus siitä, että palvelukoti voisi myös itse kehittää toimeksiantoja ammattikorkeakouluille. Näin ajantasainen tieto ja työkäytännöt siirtyisivät työelämään.

Opinnäytetyön tekijöiden kanssa samalla vuosikurssilla olevat sairaanhoitaja-opiskelijat ovat opintojen eri vaiheessa pohtineet sitä, että sairaanhoitajakoulutukseen ei sisälly opetusta kroonisten haavojen hoidosta tai ennaltaehkäisystä. Opiskelijat hoitavat erilaisia kroonisia haavoja harjoitteluissa ja työpaikoissa. Kroonisia haavoja käsittelevän oppimateriaalin laatiminen ammattikorkeakoululle voisi olla yksi opinnäytetyön aihe tai koulutustilaisuuden pitäminen osana kirurgista tai gerontologista hoitotyötä. Painehaavojen ehkäisy, tunnistus ja hoito ovat

laajoja asiakokonaisuuksia, ja niistä voisi tehdä haavanhoidon osaamista syventävän koulutuksen opinnäytetyönä.

Lähteet

- Ahmajärvi, K. & Isoherranen, K. 2017. Kroonisten haavojen hoito perusterveydenhuollossa. Duodecim. <http://www.laakari-lehti.fi/pdf/2017/SLL82017-518.pdf>. 29.9.2017.
- Ahtiala, M., Hynninen, N., Iivanainen, A., Kinnunen U-M., Seppänen, S. & Tervo-Heikkinen T. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitosuositus 2015. http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS_PAINEHAAVA_2_10_2015_LINKIT_1.pdf. 29.9.2017.
- Berg, L. 2014. Kivun lievitys ja pintapuudutteiden käyttö haavanhoidossa. Vertaisarvioitu. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 17 (3), 22–24.
- Cutting, K.F., White, R.J., Mahoney, P. & Harding, K.G. 2005. Clinical identification of wound infection: a Delphi approach. EWMA. Identifying Criteria for Wound Infection. Position Document. http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Position_documents_2002-2008/English_pos_doc_final.pdf. 11.10.2017.
- Haatainen, K. 2015. Kirjaaminen ja potilasturvallisuus. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 18 (83), 11.
- Hietanen, H. 2013. Haavan paikallishoito käytännössä. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 186–231.
- Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2013a. Haavanhoidon organisointi ja kehittäminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 388–397.
- Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2013b. Haavan määritelmä ja haavatyypit. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 26–28.
- Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2013c. Painehaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 300–337.
- Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2013d. Haavapotilaan tutkiminen. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 54–75.
- Honkalampi-säätiö. 2015a. Asumispalvelut. <http://www.honkalampisaatio.fi/fi/palvelut/asumispalvelut/>. 29.8.2017.
- Honkalampi-säätiö. 2015b. Organisaatio. <http://www.honkalampisaatio.fi/fi/honkalampi-saatio/organisaatio/>. 29.8.2017.
- Honkalampi-säätiö. 2015c. Kurjenpolven palvelukoti. <http://www.honkalampisaatio.fi/fi/palvelut/asumispalvelut/kurjenpolvi/>. 29.8.2017.
- Hyppönen, O. & Lindén, S. 2009. Opettajan käsikirja – opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Espoo: Teknillisen korkeakoulun Opetuksen ja opiskelun tuki.
- Hytönen, I. 2016. Täydennysravintovalmisteet haavapotilaan ravitsemushoidossa. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 19 (3), 13–16.
- Iivanainen, A. 2015. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 18 (1), 20–22.

- Iivanainen, A., Grek-Stjenberg P., Kallio, H., Korhonen, A. & Pukki, T. 2014. Haavanpuhdistus -onko tietoa riittävästi? Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 17 (5), 26–28.
- Iivanainen, A., Hietanen, H. & Kuokkanen, O. 2011. VPKM avuksi avoimen haavan hoitoon. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 14 (4), 36–41.
- Isoherranen, K. & Dunder, U. 2016. Haavan ympäristön ihon hoito. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 19 (2), 16–19.
- Juutilainen, V. 2013a. Haava yksilön ja yhteiskunnan kannalta. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 12–15.
- Juutilainen, V. 2013b. Diabeetikon jalkaongelmien kirurginen hoito. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 348–358.
- Juutilainen, V. 2013c. Haavanhoidon osatekijät. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 77–89.
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2013. Painehaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 300–344.
- Kaakinen, P. Pitkäaikaissairaiden ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulu. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202495.pdf>. 13.2.2018.
- Kanerva, M. & Tenhunen, E. 2013. Haavainfektio ja sairaalahygieniset näkökohdat. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 100–123.
- Karelia-ammattikorkeakoulu & Opinnäytetyöryhmä. 2016. Opinnäytetyön ohje. Karelia-ammattikorkeakoulu. https://student.karelia.fi/fi/opinnot/oppari/opinnaytetyo_asiakirjakirjasto/Karelia_opinnaytetyon_ohje_03052016.pdf. 26.10.2017.
- Kielo, E., Salminen, L. & Stolt, M. 2017. Valmistuvien sairaanhoitaja- ja jalkaterapeuttiopiskelijoiden haavanhoidon osaaminen on puutteellista. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 20 (4), 36–38.
- Kinnunen, U.-M. 2013. Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1209-1>. 10.10.2017.
- Kinnunen, U.-M. 2014. Kirjaaminen haavanhoidossa. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 16 (2), 24–25.
- Korhonen, A. 2017. Auta potilasta oikealla haavatuotevalinnalla! Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 20 (2), 32–34.
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.
- Käypä Hoito. 2016. Linkittäminen. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/linkittaminen>. 5.1.2018.
- Käypä Hoito. 2017a. Alaraajojen tukkiva valtimotauti. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50083> 23.9.2017.

- Käypä Hoito. 2017b. Krooninen alaraajahaava. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50058>. 1.10.2017.
- Lagus, H. 2013. Haavan paraneminen Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 29–53.
- Lagus, H. & Ask, O. 2013. Arpiongelmät. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 368–387.
- Lindholm, G. 2015. Aseptinen hoitotyö ja hoidossa käytettävät suojaimet. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 18 (1), 18–19.
- Malmgren, K. & Kontinen, V. 2013. Kipu haavanhoidossa. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 90–99.
- Melling, A., Hollander, D.A. & Gottrup, F. 2005. EWMA Journal Identifying surgical site infection in wounds healing by primary intention. Julkaisussa Identifying criteria for wound infection. Position document. http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Position_documents_2002-2008/English_pos_doc_final.pdf. 17.10.2017.
- Microsoft. 2018. PowerPoint 2016. <https://products.office.com/fi-fi/powerpoint>. 16.1.2018.
- Mustajoki, P. 2016. Diabeteksen jalkaongelmät ja niiden ehkäisy. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00768. 24.9.2017.
- Mykrä, T. & Hätönen, H. (toim.). 2010. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Edita Prima.
- Niskanen, M. & Palkamo, M. 2012. Valinnan vaikeus paikallishoitotuotteiden viidakossa. suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 15 (2), 22–23.
- Oikarinen, A. 2013. Ikääntymisen vaikutus ihoon. Suomen Lääkärilehti, 68 (13–14), 1001–1006. <http://www.laakarilehti.fi/tietopalvelu/karelia.fi/pdf/2013/SLL132013-1001.pdf>. 24.10.2017.
- Sane, T. 2013. Diabeetikon jalkahaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 338–358.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Selvitys kuntien hoitotarvikejakelusta. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70294/URN_ISBN_978-952-00-3514-3.pdf?sequence=1. 29.9.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.
- Strohal, R. (toim.), Dissemond, J., Jordan O'Brien, J., Piaggese, A., Rimdeika, R., Young, T. & Apelqvist, J. 2013. Debridement. EWMA Document: Debridement, An update overview and clarification of the principle role of debridement. J. Wound Care 22 (3), 1–52. 2013. http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Project_Portfolio/EWMA_Documents/EWMA_Debridement_Document_JWCfinal.pdf. 8.10.2017.
- Suomen haavanhoitoyhdistys. 2004. Parhaan hoitokäytännön periaatteet: Kivun minimointi haavanhoitotoimenpiteiden yhteydessä -Konsensusdokumentti 2004. Suomen Haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu Haava 4/ 2004. Erikoispainos. (WUWHS) https://www.shhy.fi/site/assets/files/1042/haava_4-2004_erikoispainos.pdf. 27.10.2017.

- Suomen verisuonikirurginen yhdistys. 2017. Painehaava. <https://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/painehaava/>- 24.9.2017.
- Tekijänoikeuslaki 404/1961.
- Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010.
- Tuuliranta, M. 2012. Biofilmi- Kroonisen haavan Parasiitti osa I. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 15 (2), 8–11.
- Tuuliranta, M. 2014. Kroonisen haavan mekaaninen ja kirurginen puhdistus. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 17 (3), 6–8.
- Ursula, S. 2013. Haavapotilaan ravitsemus. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 83–89.
- Vaaslahti, A. 2013. Harvinaiset haavat. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 356–367.
- Vikatmaa, P. 2012. Laskimoperäinen Säärihaava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 15 (4), 6–9.
- Vikatmaa, P. 2013. Verenkiertoperäinen alaraajahaava. Teoksessa Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro, 266–283.
- Vilkka, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Väänänen, U. 2017. Säärihaavapotilaan elämäntapaohjaus. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu. Haava 20 (2), 36–37.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIENTOSOPIMUS
Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Honkalampisäätiö Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) <u>Jouko Luukkainen</u> Työn aihe Haavanhoitokoulutus palvelukoti Kurjenpolven henkilökunnalle	
Tekijä	Nimi	Opiskelijanumero
	Satu Saukkonen	1505086
	Katuosoite	Postinumero Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
Karelia-amk	Suoritettava tutkinto	Ryhmätunnus
	sairaanhoitaja	STHAS55
	Yhteyshenkilön nimi (Ohjaaja)	Tehtävänimike
	<u>Satu Marjaskanen ja Raimo Tanskanen</u> Toimipaikka ja osoite <u>Tikkurila 7 00200 Järvenpää</u> Puhelin Sähköpostiosoite <u>satu.marjaskanen@karelia.fi</u> <u>raimo.tanskanen@karelia.fi</u>	
Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja Ohjaaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Karelia-amk:ssa toteutetaan avointa toimintakulttuuria, mikä tarkoittaa, että myös opinnäytetöiden aineistot ja tulokset avataan soveltuvin osin erillisen ohjeistuksen mukaisesti (ml. avoin julkaiseminen). Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukainen kirjallinen raportti, joka julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa tai josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon. Työ arkistoidaan Karelia-amk:n kirjastoon sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus hyödyntää tuloksia omassa opetuksessa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos Tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ensisijaisesti Toimeksiantajan tai niiden puuttuessa ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan	Toimeksiantaja varaa tarvittavan tilan, ja tiedottaa henkilökuntaa tilan varauksesta. Opinnäytetyöntekijät huolehtivat tiedotuksesta Kurjenpolven henkilökunnalle	
Salassapito	Ohjaajalla ja opinnäytetyön Tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin viiden vuoden ajan. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) saman sisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	<u>Järvenpää 8.11.2017</u>	<u>[Signature]</u>
Tekijä	<u>Satu Saukkonen 8.11.2017</u>	<u>[Signature]</u>
Karelia-amk	<u>Järvenpää 15.12.2017</u>	<u>[Signature]</u> <u>SATU MARJASKANEN RAIMO TANSKANEN</u>

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Honkalampisäätiö Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti)		
	Työn aihe Haavanhoitokoulutus palvelukoti Kurjenpolven henkilökunnalle		
Tekijä	Nimi Kati Tyni	Opiskelijanumero 1400173	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoidtaja AMK	Ryhmitunnus STHAK14	
Karelia-amk	Yhteyshenkilön nimi (Ohjaaja)	Tehtävänimike	
	Toimipaikka ja osoite		
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
Toimeksiantosopimuksen ehdot			
Ohjaus	Ohjaaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja Ohjaaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumentointi	Karelia-amk:ssa toteutetaan avointa toimintakulttuuria, mikä tarkoittaa, että myös opinnäytetöiden aineistot ja tulokset avataan soveltuvin osin erillisen ohjeistuksen mukaisesti (ml. avoin julkaiseminen). Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukainen kirjallinen raportti, joka julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa tai josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon. Työ arkistoidaan Karelia-amk:n kirjastoon sähköisessä muodossa.		
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus hyödyntää tuloksia omassa opetuksessa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassaan. Sopijaosapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.		
Keksinnöt	Jos Tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ensisijaisesti Toimeksiantajan tai niiden puuttuessa ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyyssmallilla.		
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
Lisäksi sovitaan	Toimeksiantaja varaa tarvittavan tilan, ja tiedottaa henkilökuntaa tilan varauksesta. Opinnäytetyöntekijät huolehtivat koulutukseen liittyvästä tiedotuksesta Kurjenpolven henkilökunnalle.		
Salassapito	Ohjaajalla ja opinnäytetyön Tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin viiden vuoden ajan. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään erillistä salassapitosopimusta.		
Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) saman sisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.			
	Paikka ja päivämäärä		Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Joussa 8.11.2017		<i>[Signature]</i>
Tekijä	Hämälly 8.11.2017		<i>Kati Tyni</i>
Karelia-amk	Joussa 5.12.2017		<i>[Signatures]</i>

Paihehaava helpperi

PAINENHAAVAHELPPERI

@NPUAP – EPUAP painehaavojen syvyyssluokitus I–IV

Paihehaava on paikallinen ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Se sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla ja sen aiheuttaja on paine tai paine ja venytys yhdessä.

I aste

Vaalenematon punoitus

Ehjä iho, jossa on vaalenematonta punoitusta (eryteema) paikallisesti, yleensä luisen ulokkeen kohdalla. Vaalenematon punoitus voi olla merkki potilaan painehaavariskistä. Älä hiero punoittavaa aluetta.



II aste

Ihon pinnallinen vaurio

Verinahan (dermiksen) osittainen vaurio, joka ilmenee pinnallisena avoimena haavana. Voi olla myös ehjä tai rikkoutunut rakkula, muttei ihon repeämiä, teipin aiheuttama ihorikko, inkontinenssiin liittyvä ihotulehdus (dermatiitti), vetyminen (maseraatio) tai hiertymä (ekskoriaatio), joissa verinahka on paljastunut.



III aste

Koko ihon vaurio

Koko ihon läpäisevä kudolvaurio, jossa ihonalainen (subkutaaninen) rasva voi olla näkyvissä, mutta lihas, jänne tai luu eivät ole paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä saattaa olla taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee haavan anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



IV aste

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio, jossa luu, jänne tai lihas on paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä on usein taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee niiden anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



Haavanhoidon tiheys ja puhdistusmenetelmä sekä haavanhoitotuote valitaan painehaavassa olevan kudostyyppin, syvyyden ja haavaeritteiden määrän mukaan. Suojaa haavaympäristö ja painehaavan reunat kosteudelta.

POISTA PAINEN JA ESTÄ IHON VENTYMINEN

Paihehaava helpperi

NPUAP – EPUAP KANSAINVÄLISEN PAINHAAVA- LUOKITTELUJÄRJESTELMÄN LISÄLUOKAT

Luokittelematon

Koko ihon tai kudoksen vaurio, jonka syvyys on tuntematon.

Haava on täysin katteen tai nekroosin peitossa. Haavan syvyyttä ei voida määrittää ennenkuin kate ja nekroosi on poistettu. Kyseessä on joko III tai IV asteen painehaava. Älä poista kantapäästä kiinteää, kuivaa, pohjassaan kiinnolevaa, ehjápintaista rupea tai nekroosia, joka ei hylly (fluktoi).

Hoitoperiaate: Seuraa päivittäin vauriota. Poista paine ja estä ihon venyminen. Konsultoi lääkäriä.



Luokittelematon

Epäily syvien kudosten vauriosta, jonka syvyys on tuntematon.

Sinertävä tai punaruskea ehjä iho tai veren täyttämä rakkula, joka johtuu alla olevan pehmytkudoksen paineen ja/tai venymisen aiheuttamasta vauriosta. Haavan kehittyminen voi olla nopeaa paljastaen alla olevia kudosteroksia hyvästä hoidosta huolimatta.

Hoitoperiaate: Seuraa päivittäin vauriota. Poista paine ja estä ihon venyminen. Konsultoi lääkäriä.



©NPUAP – EPUAP 2009

Kosteusvaurio

Kosteassa vauriossa (kosteaa leesio) iho on kiiltävä, hautunut, punoittava ja siinä on ihorikkoja, joissa ei ole nekroosia. Haavan reunat ovat epäsäännöllisiä. Syvällä pakaravaossa, tai peräaukon (anus) ympärillä oleva punoitus ja ihorikot ovat yleensä virtsa- tai ulosteinkontinenssin aiheuttamia. Kosteusvaurio sijaitsee painehaavalle epätyypillisessä paikassa, mutta voi kehittyä myös luisen ulokkeen päälle.

Hoitoperiaate: Kosteuden ehkäisy ja hoito.



© Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011 • www.shhy.fi

AVOIMEN HAAVAN VPKM -VÄRILUOKITUS HELPPERI

Epiteelikudos

VAALEANPUNAINEN

Ihon uloin kerros (epidermis).

Hoitoperiaate:

Suojaa ohutta ihon uudiskudosta, joka on herkkä vaurioitumaan.



Granulaatiokudos

PUNAINEN

Terve, pienijyväinen uudiskudos, joka on edellytys haavan paranemiselle.

Hoitoperiaate:

Huolehdi kosteustasapainosta. Granulaatiokudos tarvitsee kostean paranemisympäristön, mutta liiallinen kosteus on haitallista.



Fibriinikate

KELTAINEN

Kuollut kudos, joka voi olla pehmeää tai sitkeää. Katteen väri riippuu haavan kosteudesta.

Hoitoperiaate:

Pehmitä ja/tai poista fibriinikate.



Nekroottinen kudos

MUSTA, RUSKEA

Kuollut kudos, joka voi olla pehmeää tai kovaa. Nekroosin väri riippuu haavan kosteudesta.

Hoitoperiaate:

Pehmitä ja/tai poista nekroottinen kudos.



Haavanhoidon tiheys ja puhdistusmenetelmä sekä haavanhoitotuote valitaan haavassa olevan kudostyyppin, syvyyden ja haavaeritteen määrän mukaan. Suojaa haavaympäristö ja haavan reunat kosteudelta.



AVOIMEN HAAVAN VPKM -VÄRILUOKITUS HELPPERI

Hypergranulaatiokudos

Granulaatiokudoksen liikakasvua, mikä estää haavan epitelisoitumisen. Kudoksen väri on tumman- tai vaaleanpunaista ja se voi kasvaa ihon tason yläpuolelle.

Hoitoperiaate:

Poista mekaanisesti (kauha tai kyretti), laapista ja suojaa ilmapallolla sidoksella.



Luu ja jänne

Haavan pohjalla oleva luu tuntuu kovalta instrumenttiin. Terve jänne on kellertävää, symmäistä kudosta.

Hoitoperiaate:

Pidä kosteana, koska luu ja/tai jänne ei saa kuivua. Konsultoi lääkäriä.



Iskeeminen haava

Esiintyy yleensä jalkaterässä. Raajassa on huono valtimoverenkierto.

Hoitoperiaate:

Pidä kuivana. Ei mekaanista puhdistusta, jos nekroosi on kuiva ja sen alla ei tunnu hyllymistä (fluktaatiota). Konsultoi lääkäriä.



Diabeetikon jalkahaava

www.kaypahoito.fi / Diabeetikon jalkaongelmat

Infektoitunut haava

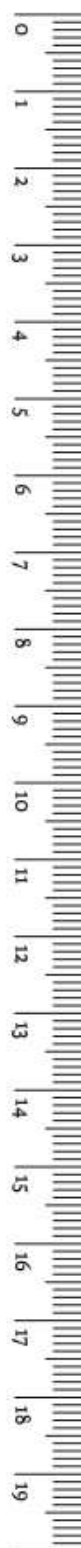
Paraneminen hidastuu tai pysähtyy. Haavaympäristössä esiintyy turvotusta, punoitusta ja kuumotusta.

Haavaeritteen koostumus muuttuu, lisääntyy ja haisee.

Kipu saattaa lisääntyä.

Hoitoperiaate:

Poista infektoitunut ja kuollut kudos. Konsultoi lääkäriä.



Haavanhoitokoulutuksen alkukartoituskysely

HAAVANHOITOKOULUTUKSEN ALKUKARTOITUSKYSELY

Koulutustausta/ammatti

Millaista koulutusta/opetusta olet saanut kroonisten haavojen hoidosta?

Mistä tarvitset lisää tietoa haavanhoitoja tehdessäsi? Rastita

Haavatyypin luokittelu ja tunnistaminen	
Haavojen ilmaantumiseen vaikuttavat riskitekijät	
Ennaltaehkäisy	
Ravitsemuksen merkitys haavapotilaalle	
Haavanhoitotuotteiden valinta ja käyttö	
Haavanhoidon toteuttaminen	
Kivunhoito	
Aseptiikka	
Haavainfektioiden tunnistaminen ja hoito	
Paranemisprosessi	
Haavanhoidon toteuttamisen arviointi ja kirjaaminen	
Päätöksenteko ja eteenpäin ohjaaminen	
Ohjaus ja neuvonta	

Muuta, mitä?

Kiitos vastauksesta! Sairaanhoitajaopiskelijat: Satu Saukkonen & Kati Tyni

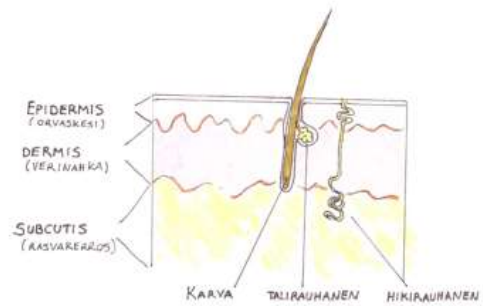
Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat



Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

IHO

- Laajin elin
 - Kaksi kerrosta
 - epidermis eli orvaskesi
 - dermis eli verinahka
 - Verinahan alla subcutis, eli rasvakerros, jonka paksuus vaihtelee
 - Ikääntymisen muutokset kaikissa kerroksissa:
 - D -vitamiinin muodostuminen vähenee
 - kollageenin muodostuminen heikkenee
 - kollageenin hajoaminen kiihtyy
 - tuntoaisti heikkenee
 - hien ja talin erityis heikkenee
 - ihon kerrokset ohentuvat
- altistaa haavojen kroonistumiselle



Kuva: Satu Saukkonen

HAAVA

- Ihon tai sen alaisten kudosten
 - vaurio
 - kudospuutos
 - kudosten irtautuminen toisistaan
- Sairauden aiheuttaman ihon tai limakalvon puutos
- Nekroosin (kuolion) irtoamisesta seurannut haavauma tai haava
- Voi ulottua:
 - ihon alaiseen rasvakudokseen
 - lihakseen
 - luuhun
 - hermorakenteisiin

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

AKUUTTI HAAVA

- Aiheuttajana
 - mekaaninen voima kuten kitka tai hankaus
 - terävä leikkaava mekanismi
 - kudoksia ruhjova tai repivä tylppä voima
 - usean eri mekanismin aiheuttama
- Jaottelu
 - Puhtaat
 - Likaiset
- Akuutin haavan kroonistumisessa useita tekijöitä

KROONINEN HAAVA

- Yli neljä viikkoa auki ollut akuutti haava
- Iskeemiset haavat
- Diabeetikon kaksi viikkoa auki ollut haava
- Diabeetikon neuropaattinen haava
- Kroonisen haavan tyyppiomaisuus:
 - Haavan ilmaantumiseen ja huonoon paranemiseen liittyy aina myös sisäinen sairaustekijä, esimerkiksi
 - diabetes
 - ASO eli valtimokovettumatauti
 - reuma

TYYPILLISTÄ KROONISILLE HAAVOILLE

paranevat hitaasti
ja
uusiutuvat helposti

HAAVAN PARANEMISEN VAIHEET

- Kaikissa haavoissa samat paranemisen vaiheet
- Kroonisessa haavassa prosessin vaiheet ovat häiriintyneet ja pitkäkestoiset
 - **Tulehdusvaihe** - Inflammaatio
 - **Uudelleen muodostuminen** - Proliferaatio
 - **Kypsyminen** - maturaatio
 - vaiheet ovat osittain päällekkäisiä

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

TULEHDUS -INFLAMMAATIO

- Kehon normaali reagointi ärsytykseen ja kudosaaurioon, ei pidä sekoittaa infekioon
- Tyypillistä
 - Punoitus
 - Kuumotus
 - Kipu
 - Turvotus
- Normaalissa haavan paranemisprosessissa laantuu noin 3 vrk kuluessa
- Haavanhoidon näkökulma:
 - Hoidetaan kipua
 - Pidetään alueen lämpötila tasaisena
 - Käytetään hoidossa kehonlämpöisiä nesteitä
- Jos haavassa on vierasainesta, inflammaatio voi kroonistua

UUDELLEENMUODOSTUMINEN- PROLIFERAATIO

- Haava-alueen verihyytymän alle muodostuu uudisverisuonia
 - Tuovat ravintoaineita alueelle
- Haavalle kertyneen hyytymän soluväliaine korvaantuu löyhällä kollageenilla
- Monipuolinen ravitseminen parantaa muodostuvan kollageenin lujuutta
- Haavanhoidon näkökulma:
 - Haavapohja pidetään kosteana
 - Puhdistetaan haavaeritteestä ja kuolleesta kudoksesta
 - Sidoksilla pyritään estämään kontaminoituminen (mikrobien pääsy haavaan)

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

KYPSYMINEN -MATURAATIO

- Haava-alueen kollageeni korvautuu vahvemalla kollageenilla
- 3kk kuluttua haava saavuttaa maksimivetolujuuden, joka on 70-80% alkuperäisestä lujuudesta
- Maturaatio kestää jopa 14 kk
- Arven eri kohdat kypsyvät eri tahtiin
- Arpihoito suunnitellaan yksilöllisesti
- Arpi on hyvä suojata hankaukselta ja ärsytykseltä

HÄIRIINTYNYT HAAVAN PARANEMINEN

- Tulehdusta hillitsevät kehon mekanismit ovat häiriintyneet
- Kudosta hajottavat entsyymit toimivat yliaktiivisesti ja paranemisprosessit ovat hidastuneet
- Mikrobikasvusto
- Asentovirheet
- Neuropatia
- Tupakointi
- Psykososiaaliset syyt:
 - köyhyys, masennus, muistisairaudet
- Systeemisairaudet ja lääkitykset
- Hoitohenkilökunnan ammattitaidon puute
 - ➔ Kroonistunut haava ei parane ilman aktiivista hoitoa

KROONISET HAAVATYYPIT

- Laskimoperäiset alaraajahaavat
- Valtimoperäiset alaraajahaavat
- Diabeettinen jalkahaava
- Painehaava
- Harvinaisia haavatyyppejä

LASKIMOPERÄINEN ALARAAJAHAAVA

- Yleisin krooninen haavatyyppi
- Aiheuttajana yleensä pinnallinen laskimon vajaatoiminta
 - Laskimon vialliset läpät sallivat veren takaisinvirtauksen
 - Samanaikainen pohjelihaspumpun vajaatoimintaa
- Tyypillisin sijainti nilkan suuren laskimon alueella
- Haavat ovat matalia ja runsaasti erittäviä sekä kivuliaita
- Alaraajaturvotus altistaa haavojen synnylle
- Haavan reunat ovat epäsäännölliset ja ympäröivä iho on tummentunut ja rusehtava

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

LASKIMOHAAVOJEN TYYPPIHOITO

- Usein operatiivisen ja konservatiivisen hoidon yhdistäminen
 - Kirurgia
 - Kompressio
 - Paikallishoito
- Kompressio toteutetaan vähäelastisella tukisidoksella, joka voi tarvittaessa olla ympäri vuorokauden paikallaan
 - Tämän jälkeen hoitoa jatketaan lääkinnällisten hoitosukkien käytöllä
- Tavoitteena haavan umpeutuminen ja uusiutumisen ehkäisy

VALTIMOPERÄISET ALARAAJAHAAVAT

- Suurin syy
 - **Alaraajoja tukkiva valtimokovettumatauti eli ASO ja siitä johtuva kudosten hapenpuute**
 - Riskitekijänä tupakointi
 - Diabeetikolla ASO- alkaa keskimäärin muuta väestöä nuorempana
- Tyypillistä
 - Katkokävelöoire
 - Parantumaton haavavarpaiden, jalkaterän tai säären alueella

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

VALTIMOPERÄISET ALARAAJAHAAVAT

- Haava alkaa esim. mitättömästä naarmusta. Usein potilas ei itse huomaa haavan syntyä
- Usein
 - Haava on kivulias ja kuivapohjainen
 - Raaja kalpea ja viileä
- Tyypillistä on karvoituksen puuttuminen alaraajoista
- Iho on ohentunutta ja haurasta

- Hoito on aloitettava heti haavan ilmaannuttua
- Valtimoverenkierron riittävyys on arvioitava
- Lääkäri tekee huolellisen anamneesin ja kliinisen tutkimuksen:
 - Haavan syntymekanismi
 - Kesto
 - Perussairaudet
 - Yleisinfektiot
 - Laskimoverenkierron toiminta
- Hoitajan rooli on olla potilaan tukena ja olla perillä hoitohistoriasta

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

- Ainoa parantava hoito on verenkierron palauttaminen
 - voi edellyttää sekä laskimo- että valtimotoimenpiteitä
- Jos kyseessä on kriittinen iskemia, potilas tarvitsee päivystyslähetteen
- Korjausleikkauksina pallolaajennus tai ohitusleikkaus
- Ohituksen jälkeen nekroottiselle haavalle tehdään kirurginen revisio (kuolleen kudoksen poisto ehjään kudokseen asti)
 - Tämän jälkeen jatketaan paikallishoidoilla
 - Jos tämä ei onnistu -> amputaatioon

DIABEETTINEN JALKAHAAVA

- **Diabeteksen lisäsairaus: infektiot ja syvien kudosten vaurioituminen**
 - Neurologisia muutoksia
 - Eriasteisia verenkiertohäiriöitä
 - Johtaa herkästi amputaatioon
- **Laukaiseva tekijä**
 - Kengän hankauma, jalan kovettuman poistaminen tai lämpövaurio

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

- **Haavanhoito:**

- Riskitekijöihin puuttuminen
- Jalkojen tarkkailu
- Omahoito (Hoitaja ohjaa omahoitoon)
- **Syvät infektiot hoidetaan päivystyksellisesti**

- **Heikentynyt immuunipuolustus ei pysty torjumaan infektiota**

- Charcot'n jalka on harvinainen komplikaatio, joka aiheuttaa hankalan jalan virheasennon

PAINEHAAVA

- Ihon tai ihonalaiskudoksen vaurio, jonka aiheuttaja on paine, venytyminen tai hankaus yhdessä tai erikseen
- Luokitellaan neljään asteeseen ja kahteen lisäluokkaan ihon alla olevien pehmytkudosvaurioiden mukaan
- Pitkäaikaisia, paljon kipua ja kärsimystä aiheuttavia sekä yhteiskunnalle kalliita. Lisäävät sairaalassaoloaikaa, ja heikentävät elämänlaatua
- Kehittyvät yleensä luisten ulokkeiden kohdalle
- Riskitekijöinä
 - huono ravitsemustila
 - perussairauksien huono hoitotasapaino
 - liikkumattomuus
 - inkontinenssi
 - kehon lämpötilan lasku

-> Suurin osa on ehkäistävissä

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

PAINHAHAVAN TUNNISTAMISEN JA HOIDON PERUSTA ON IHON KUNNON ARVIOINTI

- Arvio tulee tehdä aina 8h kuluessa potilaan hoitoon tullessa
- Ensimmäisellä kotihoitokäynnillä
- Aina hoitolaitosta vaihdettaessa
- Aina potilaan saapuessa esim. kotilomalta
- Painehaavahelpperi
 - https://www.shhy.fi/site/assets/files/1043/painehaavahelpperi_a5_pysty.pdf

HOIDON KESKEINEN OSA PAINHAAVARISKIN TUNNISTAMINEN

- Standardoitu riskimittari
 - Siunsoke käyttää kansainvälistä Braden-mittaria
- Kartoituksen perusteella hoitosuunnitelma
- Kartoitus on tehtävä riittävän usein
- Inkontinenssi hoito
- Ihon kunnon arviointi, esim. liuskamenetelmä
- Paineen poisto riskialueilta asentohoidolla ja apuvälineillä
- Ravitsemustilan arviointi

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

HARVINAISET KROONISET HAAVAT

- Kun haavan paraneminen ei etene asianmukaisesta hoidosta huolimatta, kyseessä voi olla harvinainen tulehduksellinen sairaus tai kasvain
 - vaskuliitit
 - pyoderma gangrenosum
 - reumahaavat
 - kihti
 - syöpäkasvaimet
 - itse aiheutetut haavat
- Harvinaisten haavojen hoidossa puututaan taustasyyn ja hoidetaan paikallishoitona haavaa
- Paraneminen voi olla heikkoa

RAVITSEMUS

- Riittävä hiilihydraattien ja proteiinien saanti
- Energian saanti suhteutettava fyysiseen aktiivisuuteen
 - Haavapotilaan energiansaannin suositus: 1-1,5g/tavoitepainokilo proteiinia
 - Helpoin tapa toteuttaa ravitsemushoitoa on tilata osastolla rikastettu ateria ja tarjota 1 pullo proteiinijuomaa/vrk
- Riittävä nesteiden saaminen
- Ravitsemushoitoa on syytä jatkaa useita viikkoja
- Tahattoman painonlaskun ehkäisy

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

HAAVANHOITOTUOTTEET

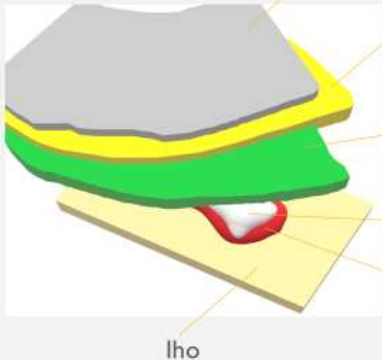
- Valitaan haavadiagnoosin ja hoitosuunnitelman mukaan
- Kunta maksaa pitkäaikaissairauden hoitotarvikkeet
- Tuotteet luokitellaan monella eri tavalla
 - Geneerisen nimen (=vaikuttava aine)
 - Toimintatavan
 - Vaikutusmekanismin
 - Haavalla sijainnin mukaan
- Tuotteita valtavasti

TUOTE SUOJAA HAAVAA

- Lialta
- Infektioilta
- Lialta kosteudelta
- Kuivumiselta
- Jäähdytykseltä

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

- Kontaktisidos
 - Suoraan haavalla
 - Alla voi olla hoitava aine
- Ensisijainen sidos
 - Suoraan haavalla
- Toissijainen sidos
 - Edellisen päälle
 - Antaa tai imee kosteutta
- Päälyssidos
 - Peittää aiemmat
 - Usein liimalla kiinni
- Kiinnitustukisidos
 - Harso tai kierresidos
 - Lastojen kiinnitys
 - Turvotuksen ehkäisy



Kuva: Kati Tyni

VPKM

- https://www.shhy.fi/site/assets/files/1041/avoimen_haavan_helpperi.pdf

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

Vaaleanpunainen

- Suihkuttelu
- Rasvaus

Punainen

- Suihkuttelu
- Suojaus
- Ei saa päästää kuivumaan tai jäähtymään
- Sidosten vaihto 1-2 kertaa viikossa
- Vähän erittävään geelityä
- Erittävään kosteutta sitovia sidoksia

Keltainen

- Pehmittäminen lääkehunajalla tai lääkepihkalla
- Mekaaninen puhdistus
- Runsaasti erittäviin imevät-ja hopeasidokset
- Tavoitteena saada punaiselle pohjalle
- Vaihtoväli erityksen mukaan

Musta

- Verenkierron riittävyys tarkistettava
- Haavadiagnoosin jälkeen nekroosin pehmittäminen ja poistaminen

HAAVANHOITO- PROSESSI

PAIKALLISHOITOPROSESSI KOOSTUU

- Alkuvuvalmisteluista
- Kivunhoidosta
- Haavanhoidosta
- Paranevista tukevien menetelmien toteuttamisesta
- Potilaan ohjauksesta
- Toteutetun hoidon kirjaaminen ja dokumentointi
- Arviointi

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

- Haavanhoidon tavoitteet määritellään hoitosuunnitelmassa:
 - Valmistelu kirurgiseen toimenpiteeseen
 - Haavan lopullinen paraneminen
 - Ylläpitävä hoito

ASEPTIIKKA

- Pyritään estämään mikrobikontaminaatio kudoksiin ja steriileihin materiaaleihin
- Tarvittavat hoitovälineet varataan valmiiksi, jotta ne ovat helposti saatavilla
- Edetään puhtaasta likaiseen
- Aseptinen omatunto

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

- Suojakäsineet aina, kun kosketetaan:
 - Eritteet
 - Veri
 - Haava
- Steriilit työvälineet
- Kertakäyttöisten työvälineiden asianmukainen hävitys

ALKUVALMISTELUT JA KIVUNHOITO

- Suun kautta annettava särkylääke 30-60 min ennen toimenpidettä
- Potilaan informoiminen ja mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun
- Kiireettömyys ja rauhallisuus
- Sidokset avataan leikkaamalla päällimmäiset sidokset (ei kierittämällä)
- Poistetaan muut sidokset
- Jos alin kerros on tarttunut kiinni, liotetaan keittosuolalla tai haalealla vedellä (rasvalappu ihoöljyllä)

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

PUHDISTUS

- Suihkuttelu kehonlämpöisellä vesijohtovedellä tai keittosuolalla (ihanteellinen paranemislämpötila $+37^{\circ}\text{C}$)
- Puhdasta haavaa suihkutellaan vain vähän aikaa, katteista ja nekroottista pitkään
- Onkalohaavat ruiskun ja katetrin avulla
- Liian pitkä suihkutusta aiheuttaa turvotusta ja hidastaa haavan paranemista
- Suihkusta hoitoalustan päälle siirtymisen ajaksi suojataan haava kontaminaation ja lämpötilan laskun vuoksi

PUUDUTUS

- Lidokaiinigeeli, lidokaiini ja prilokaiini sekoitus eli EMLA tai tetrakaiini salva
- Nyrkkisääntö
 - Korkeintaan kerran vuorokaudessa
 - Enintään potilaan kämmenen kokoinen ala
- Annetaan vaikuttaa 30-60 min
- Kivunlievityksen kesto rajallinen – vaatii huolellista suunnittelua

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

PUHDISTUS JATKUU

- Arvioidaan haavalla olevaa kudosta ja paranemisvaihetta
- Mekaanisen puhdistamisen välineet:
 - Rengaskyretti
 - Sakset
 - Kirurgin veitsi
 - Atulat
 - Kauha
- Pyritään poistamaan kuollut kudos ja mikrobien muodostama sitkeä massa eli biofilmi (mekaanisesti, biologisesti ja kemiallisesti)

BIOFILMI

- Sitkeä, monikerroksinen rakennelma, jossa mikrobit omilla kerroksissaan
- Voivat olla resistenssejä lähes kaikille antimikrobisille aineille
- Yleisin infektioiden aiheuttaja
- Biofilmiä lähes jokaisessa kroonisessa haavassa
- **Haavanhoidossa oleellista poistaa biofilmi, haavan kate koostuu biofilmistä ja haavakudoksen eritteestä**

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

- Kate poistetaan rengaskyretillä tai kauhalla
- Mustan nekroosin poisto tarvitsee kirurginveitsen, sakset ja atulat
 - Tarvitsee useamman hoitokerran muutaman päivän välein
 - Tartutaan atuloilla nostaen
 - Syntynyt ryppy pienesti auki saksilla ————— Kudosta helpompi leikata
 - Helpoin aloittaa reunoilta
 - Haavanpohja voi vuotaa, tihkuvuotoa voi estää vetyperoksidilla (toksisuus!)
- Arvioidaan haavan syvyys

- Mekaanisen puhdistuksen tukena käytetään
 - Entsymaattista
 - Salvamainen
 - Hajottaa nekroottista kudosta katkomalla kollageeneja, joka pitää kuolleen terveessä kiinni
 - Ei vahingoita tervettä kudosta
 - Vaatii kosteutta onnistuakseen
 - Autolyttista
 - Salvamainen
 - Hajottavat nekroottista kudosta luonnollisella hajoamisprosessilla, joka tapahtuu kosteassa
 - Ei vahingoita tervettä kudosta
 - Ei sovellu
 - Infektoituneeseen haavaan
 - Diabeettisen haavan hoitoon

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

- Biologista
 - Sairaalaoloissa toukkahoito
- Kemiallista
 - Hopeasidokset
 - Lääkinnällinen hunaja
 - Lääkinnällinen pihka
 - Antibakteeristen tuotteiden käyttö lopetettava heti infektion merkkien hävittyä
 - Vetyperoksidia karstan poistoon (toksisuus!)

HAAVAYMPÄRISTÖN HOITO

- Kokeile sormin (hanskat kädessä) ja arvioi
 - haavan ympäristön lämpötilaa vertaamalla kauempana olevaan terveen ihon lämpötilaan (esimerkiksi toiseen raajaan)
 - Ihon karheus (kuivuus vai ihottuma?)
 - Turvotus
- Suojaa erittävien haavojen haavan ympäristö maseroitumiselta (vettymiseltä)
 - Ihon suoja tuotteet (geeli, suihke, voide)
 - Perusvoiteet ja ihoöljyt
 - Haavakalvot
 - Itseensä eritettä lukitseva sidos
 - Tiheämpi sidosten vaihtoväli
 - Imevämpiä sidoksia
 - Poistetaan paine ympäröivältä iholta

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

SIDOSTEN LAITTAMINEN

- Huoneen lämpöisinä
- Pitää pysyä paikallaan
 - Teipit
 - Kalvot
 - Putki- ja harsosidokset
- Ei venytetä ihoa
- Nivelessä ollessa optimaalisessa käyttöasennossa

- Tukisidokset lisäävät aluksi haavan eritystä -> lisää sidosten vaihtoa
- Saattavat aiheuttaa painetta ja hankausta
 - Ehkäistään käyttämällä pehmeää vanua tai vaahtolevyä sidosten alla jakamaan painetta laajemmalle alueelle
- Tukisidos voidaan tapauskohtaisesti poistaa yöksi

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

POTILAAN OHJAUS

- Sitoutumista hoitoon lisää
 - Hyvä ohjaus
 - Tieto potilaan omasta roolista paranemisessa
 - Tieto haavan syntymekanismista
- Ei saa olla syylistävää
- Potilaslähtöistä
- Hyvä vuorovaikutus
- Varoitetaan ennakolta, jos tuotetaan kipua tai muuta epämiellyttävää tuntemusta

INFEKTION MERKIT

- Abskessi
- Selluliitti
- Lisääntynyt erityis
- Haju
- Hidastunut paraneminen
- Lisääntynyt kipu
- Haavan laajeneminen
- Haavataskujen muodostuminen
- Sitkeä ja luja bakteerien aiheuttama biofilmi

Haavanhoitokoulutuksessa käytetyt PowerPoint-diat

HAAVAINFEKTION TUNNISTAMINEN

Muutamia lieviä infektion merkkejä: jonkin verran hajua, kudosten nestettä tai kipua	Paraneminen edistyy normaalisti
Lisääntyviä infektion merkkejä: lisääntyvää hajua, kipua tai kudosten nestettä	Paraneminen ei edisty normaalisti
Avoimia infektion merkkejä: märkäeritys, turvotus, paikallinen kuumotus ja kipu	Haavan tilanne näyttää huonolta, merkkejä infektion leviämisestä lähikudoksiin (selluliitti, gangreeni)
Avoimia merkkejä paikallisesta ja systeemisestä infektiosta: kuume, leukosyyttien kohoaminen	Mahdollista näyttöä infektion leviämisestä muihin kudoksiin, mikä voi johtaa elinvaurioihin ja sepsikseen

HAAVAHOIDON DOKUMENTOINTI JA KIRJAAMINEN

- Rakenteinen kirjaaminen parantaa hoitoprosessin kokonaisuuden onnistumista:
 - hoidon suunnittelu
 - toteutus ja arviointi
 - johtaminen ja päätöksenteko
- Kirjaamisessa panostettava määrän sijasta laatuun
- Tutkimusten mukaan parantamisen varaa
 - haavan ympäristön ihon kunnon kirjaamisessa
 - tietojen täsmentämisessä
 - tarkemmassa kuvaamisessa
- Kaikkien tulisi ymmärtää käytetyt käsitteet samalla tavalla
- Voidaan dokumentoida kuvaamalla: kuva mekaanisen puhdistuksen jälkeen, viereen mitta asteikko, esim. mittanauha, mukaan päivämäärä

KIITOS!

SATU JA KATI

**TÄMÄ ESITYS ON TUOTETTU OSANA KARELIA
AMMATTIKORKEAKOULUN
SAIRAANHOITAJAOPINTOJEN OPINNÄYTETYÖTÄ
VUONNA 2017.**

Palautelomake

	Ei	En osaa sanoa	Kyllä
Oliko aihe tärkeä?			
Etenikö koulutus mielestäsi sopivaa vauhtia?			
Olivatko diat selkeät?			
Kuuluiko ääni?			
Opitko mitään uutta?			
Oliko esitys ymmärrettävä?			
Pystytkö hyödyntämään saamaasi tietoa työssäsi?			
Koetko, että osaat koulutuksen jälkeen hoitaa haavoja?			
Osaatko kirjata tekemäsi haavanhoidon?			

Mitä kaipasit lisää koulutukseen?

Kiitos vastauksestasi!

Hyvää joulua!